…lthené

…meurs fibro-plastiques

… IN-12 DE 360 PAGES. — PRIX : 4 FRANCS

…nique répondant à un but pratique bien déterminé doit avoir … cachet spécial. De même que l'étudiant en pharmacie et en …s particulièrement en histoire naturelle l'étude des matières … l'élève de l'école de commerce doit s'attacher surtout aux … nous livre la nature. C'est pour répondre à cette idée que …re. Prenant successivement chaque substance animale il en …aractères, les transformations, les falsifications, les diverses …t enfin les modes d'achat et de vente. Enfin, ce qui caractérise …eloppement donné à la partie statistique et économique qui …869-1886, et comprend outre le mouvement commercial avec …ies, les variations des prix des matières premières et les …France et des pays d'Europe.

…tut zoologique de Lille et du Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux (Pas-de-Calais)

TOME V

…ON A L'ÉTUDE DES BOPYRIENS

PAR

…GIARD … …rmale supérieure … …e zoologie maritime … …eux.

JULES BONNIER
Préparateur au Laboratoire de zoologie maritime de Wimereux.

…275 pages avec 10 planches en couleur hors texte : 30 fr.

…PHIQUE D'UNE ESPÈCE D'ACIDIE COMPOSÉE

…GAROIDES AURANTIACUM, N. SP.)

PAR CH. MAURICE
Docteur ès sciences, licencié en droit, etc.

…0 pages avec 7 doubles planches hors texte. — Prix : **15** fr.

… HUMAINES PRÉHISTORIQUES

Par PHILIPPE SALMON

…rand in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr. 50

…ATIQUE DU REBOISEMENT

… L'USAGE DES PARTICULIERS

… Inspecteur du reboisement

Jacques LECHEVALIER

LIBRAIRE

23, RUE RACINE (PRÈS L'ODÉON)

PARIS

Ce catalogue sera régulièrement envoyé tous les trois mois aux clients de la maison et à toute personne qui en fera la demande.

Anatomie et Physiologie, Médecine et Chirurgie.

DICTIONNAIRE

DE THÉRAPEUTIQUE

DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE

DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES

PAR LE Dr DUJARDIN-BEAUMETZ

Membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, Médecin de l'hôpital Cochin.

4 forts volumes in-4 de 900 pages chacun avec 800 figures dans le texte.

PRIX 100 FRANCS

L'OUVRAGE EST MAINTENANT COMPLET

Le *Dictionnaire de Thérapeutique* est terminé et un addenda placé dans le dernier fascicule met cet ouvrage au courant des progrès que la Thérapeutique a faits pendant le cours de sa publication. C'est donc une œuvre que l'on peut considérer comme complète au moment de son apparition.

Comme le dit fort justement M. Dujardin-Beaumetz dans son introduction, ce *Dictionnaire* a pour but « d'inventorier à nouveau les nombreux agents médicamenteux qui constituent à notre époque l'arsenal thérapeutique ». Les progrès incessants de la Thérapeutique, progrès tels qu'ils créent pour ainsi dire chaque jour de nouveaux médicaments, rendaient ce classement et cet inventaire absolument indispensables, et c'était faire œuvre utile pour le praticien que de réunir sous la forme d'un dictionnaire tous les éléments de la matière médicale ; nul n'était plus à même que le savant médecin de l'hôpital Cochin, pour mener à bien un pareil travail.

On trouvera dans tous les articles de ce *Dictionnaire* la clarté d'exposition et la méthode qui ont fait le succès des œuvres de M. Dujardin-Beaumetz et qui font de ce monument élevé à la Thérapeutique un ouvrage éminemment pratique. La partie des eaux minérales a été traitée avec un grand développement et de telle sorte que non seulement les eaux minérales de notre pays …

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 138.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 21 *juin* 1866,

PAR ARTHUR MALHÉNÉ

né à Cambremer (Calvados),

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Ecole de Médecine de Caen (1er prix 1858 et 1859),
Médaille de bronze des hôpitaux.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LES TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
31, rue Monsieur-le-Prince, 31.

1866

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	BÉHIER MONNERET.
Pathologie chirurgicale	GOSSELIN. RICHET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. HOUEL.	MM. LORAIN.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	JACCOUD.	LUTZ.	RACLE.
DESPLATS.	JOULIN.	NAQUET.	RAYNAUD.
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	PANAS,	SÉE.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PARROT.	TARNIER.
FOURNIER.	LIÉGEOIS.		VULPIAN.
GUYON.	LEFORT.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique	des maladies de la peau	MM. HARDY.
—	des maladies des enfants	ROGER.
—	des maladies mentales et nerveuses	LASEGUE.
—	de l'ophthalmologie	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. GOSSELIN, *président;* BÉHIER, SÉE, LIÉGEOIS.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mes maîtres dans les hôpitaux

M. LE PROFESSEUR JOBERT DE LAMBALLE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Chirurgien ordinaire de S. M. l'Empereur,
Membre de l'Institut et de l'Académie impériale de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

(INTERNAT 1863.)

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(EXTERNAT 1862. — INTERNAT 1864.)

M. LE Dr EMPIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(INTERNAT 1865.)

M. LE Dr HORTELOUP

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

(INTERNAT 1866.)

M. LE Dr FOUCHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

(INTERNAT 1863.)

A M. LE DR E. BLANCHE DE PASSY
Médecin aliéniste,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DR LEFOULON
Chirurgien-Dentiste,
Officier de l'Ordre du Mérite, etc.

A M. A. BLANCHE
Conseiller d'État,
Secrétaire général de la Préfecture de la Seine,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

A mes premiers maitres :

M. LE D[r] LECHEVALIER
Professeur d'Anatomie à l'École de Médecine de Caen.

M. LEPETIT
Professeur de Chimie et de Toxicologie à l'École de Médecine de Caen.

A MES AUTRES MAITRES DE L'ÉCOLE DE CAEN

A MON EXCELLENT ONCLE

ALPHONSE GRANGER

Souvenir affectueux et témoignage de reconnaissance.

A MES AMIS

M. LE DR L. LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de la Salpêtrière, etc.

M. LE DR P. TILLAUX
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de Bicêtre, etc.

A MON BON ET VIEIL AMI

LE DR MONCOQ

Souvenir d'études.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

INTRODUCTION

Pendant le temps qu'il m'a été donné de passer comme externe puis comme interne dans le service de M. le professeur Gosselin, j'ai eu l'heureuse fortune de voir passer sous mes yeux un assez grand nombre de ces tumeurs singulières auxquelles, en se fondant sur la structure intime des éléments qui les composent dans la majorité des cas, on a donné le nom de *tumeurs fibro-plastiques*. Mon attention avait donc été éveillée sur cet objet depuis longtemps; c'est pour cette raison que je l'ai choisi comme sujet de ma thèse inaugurale. Je consignerai donc dans ce travail le résultat de mes méditations sur ce point intéressant, je ferai en sorte de ne parler que de ce que j'aurai vu; j'essayerai d'élucider quelques-uns des points encore obscurs de leur histoire clinique, sans toutefois avoir la vanité de croire que le dernier mot aura été dit sur cette affection: je m'estimerais bien heureux si ce travail provoquait de nouvelles recherches, et si de ces recherches il pouvait naître une bonne histoire anatomo-pathologique des tumeurs fibro-plastiques, histoire anatomo-pathologique peu avancée encore, il faut bien l'avouer, je dirai même assez obscure malgré les réels services que nous a rendus le microscope;

car, pour le dire en passant, si l'on vient à lire quelques auteurs allemands, tels que Fœster, Virchow, il sera facile de voir que le premier vous décrit sous le nom de *myxome*, le second sous celui de *sarcome*, des tumeurs dont les caractères anatomiques, au microscope, sont assez dissemblables, il est vrai, mais dont l'histoire clinique se rapproche beaucoup de ce que nous sommes habitués en France à appeler des tumeurs fibro-plastiques. Je crois que, sous ce point de vue, il y a quelque chose de nouveau à faire, c'était même une tâche que j'avais tentée, tout en ne m'en dissimulant pas les difficultés, et je pensais, en offrant ce travail, réclamer l'extrême indulgence de ceux qui me liraient pour un essai peut-être hasardeux de ma part ; mais les événements en ont décidé autrement ; j'ai été pressé par le temps, et je suis obligé, bien malgré moi, de laisser de côté cette partie fort intéressante de l'histoire des tumeurs que j'étudie.

Ce n'est pas à dire pour cela que je négligerai complétement l'anatomie patalogique des tumeurs fibro-plastiques, je lui donnerai au contraire quelques développements qui m'ont été suggérés par les cas que j'ai vus ; quant aux recherches histologiques, j'en emprunterai une partie à une bonne thèse qui a été présentée à Paris par un élève de M. Robin, en 1863.

Je ne ferai l'histoire de ces tumeurs qu'avec l'aide d'observations recueillies par moi, ou qui m'ont été fournies par M. Gosselin, ou que j'ai trouvées dans les différents recueils. C'est assez indiquer l'esprit de ce travail qui sera exclusivement clinique : n'est-ce pas en effet la véritable voie du progrès en médecine que celle qui s'appuie sur l'observation ? Ces idées ont toujours été les miennes depuis qu'il m'a été donné de les voir mises en pratique par mon excellent et affectionné maître M. le professeur Gos-

selin qui, après avoir été mon chef de service pendant près de trois années, a bien voulu rester mon ami. Il a bien voulu me permettre de puiser tout ce qui était nécessaire à ma thèse dans ses nombreux cahiers d'observations, il a bien voulu m'aider de ses conseils avec une complaisance et une bonté infinies; qu'il me permette de lui en donner ici le témoignage public de ma reconnaissance.

Le plan que je suivrai sera bien simple : je commencerai par donner une définition aussi claire que possible de l'affection que je compte décrire, puis ensuite, après un court historique, j'entrerai en matière par l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de ces tumeurs. Puis j'en étudirai successivement les symptômes, la marche, la terminaison, le diagnostic, le pronostic, etc.; puis dans un résumé succinct, je ferai en sorte de tirer des conclusions pratiques de ce travail.

DÉFINITION. HISTORIQUE.

Je désignerai et je décrirai sous le nom de tumeurs fibro-plastiques des productions morbides qui se développent le plus souvent dans les parties molles, plus rarement dans les os, et qui offrent pour caractères essentiels : 1° anatomiquement d'être formées par des éléments analogues à ceux que l'on rencontre chez l'embryon; 2° cliniquement, de présenter une marche en général assez lente, de se développer d'une manière sourde et sans réagir sur l'économie, et enfin de repulluler sur place après leur ablation.

Je ne me dissimule pas tout ce que cette définition offre de défectueux; j'aurais peut-être pu la faire plus courte, mais après y avoir longuement réfléchi, je ne crois pas qu'il m'eût été possible de condenser en moins de mots les caractères fondamentaux de l'affection que je veux décrire,

caractères auxquels je tiens extrêmement, car ce seront eux qui me permettront de séparer d'une manière radicale ces tumeurs de celles qui s'en rapprochent peut-être par quelques points, mais qui, selon moi, doivent en être séparées complétement sous tous les points de vue.

Et ici je saisis cette occasion pour déclarer tout d'abord que je repousse formellement l'opinion qui assimile les tumeurs fibro-plastiques aux cancers. L'opinion que je soutiens n'est cependant pas admise aujourd'hui par tous les chirurgiens ; quelques-uns d'entre eux, en effet, se fondant sur quelques cas de généralisation de l'affection existant dans la science, n'établissent aucune distinction entre ces deux états morbides. Encore tout dernièrement, dans la thèse sur les tumeurs des muscles, que M. le Dr Desprès vient de présenter pour l'agrégation, il range dans le même chapitre, intitulé *Tumeurs cancéreuses*, et les nombreux exemples de cancers des muscles qu'il a pu recueillir et les cas très-rares comparativement des tumeurs fibro-plastiques des mêmes organes. Or nous pensons qu'une telle manière d'envisager la question est une faute ; tout ce travail aura pour but de montrer la différence profonde qui existe, au lit du malade, entre les tumeurs fibro-plastiques et les cancers : heureux si je parviens à faire passer ma conviction dans l'esprit de ceux qui me liront.

Les productions morbides que nous étudions ne sont pas nouvelles, elles ont probablement été observées de tout temps ; mais les anciens chirurgiens, dépourvus des lumières de l'anatomie pathologique, privés du secours du microscope et de l'observation telle qu'elle a été pratiquée de notre temps, confondaient généralement entre elles les tumeurs qui s'offraient à leur examen.

D'autres, tels que Boyer, qui est plus près de nous, paraissent avoir connu ces productions auxquelles ils ont

donné différents noms : c'est probablement ce qu'ils appelaient l'*encéphaloide enkysté*, nom qu'ils ont dû donner à cette espèce de tumeurs d'après des coupes pratiquées dans leur épaisseur, et d'après les connexions qu'ils présentaient avec les parties environnantes. Boyer, en particulier, ne s'occupant que des signes extérieurs de cette maladie, paraît l'avoir eu en vue lorsqu'il a décrit *le squirrhe ;* voici, en effet, la définition qu'il en donne : « Le squirrhe est une tumeur dure, mobile, circonscrite, égale, rénitente, ordinairement indolente ou peu douloureuse au toucher, et susceptible de se terminer par résolution ou de dégénérer en cancer.

« Il se présente, dit-il, sous la forme d'une tumeur circonscrite, mobile sous la peau avec laquelle elle n'est point adhérente, non plus qu'avec les pertes sous-jacentes, sans changement de couleur à la peau, quelquefois douloureuse et causant une sensation de pesanteur et de distension, le plus souvent indolente et n'incommodant que par son poids » (1).

Du *Traité de physiologie pathologique* de M. Lebert, qui parut à Paris en 1845, date la première étude sérieuse qui fut faite sur les tumeurs que nous étudions. Chacun sait que la découverte du microscope remonte au XVIe siècle, et comme le constate M. Broca, dans son *Traité des tumeurs*, cet instrument rendit dans les siècles suivants de grands services à l'histoire naturelle, à l'anatomie, et à la physiologie ; mais, quoique Leuvenhoeck, Malpighi, etc., eussent fait à l'aide de cet instrument des découvertes merveilleuses, l'étude du monde microscopique était restée le partage de quelques observateurs privilégiés, à cause des

(1) Boyer, *Maladies chirurg.*, t. II, 1814.

difficultés exceptionnelles qui résultaient de l'insuffisance des grossissements. Il est curieux de voir que ce ne fut qu'en 1824 seulement que le premier microscope achromatique fut présenté à l'Académie des sciences ; c'est de cette époque que datent les progrès de la micrographie.

M. Lebert, en 1845, ouvrit une voie nouvelle à l'anatomie pathologique par les études micrographiques.

L'étude microscopique des tumeurs faite sans idées préconçues dévoila des différences notables de forme et de volume, puis l'examen à l'œil nu permit de reconnaître que des différences extérieures coïncidaient avec celles que montrait le microscope. Ainsi, pour la première fois, les tumeurs se trouvèrent divisées méthodiquement en un certain nombre de groupes bien nettement définis. Et comme nous l'avons dit plus haut, c'est à M. Lebert qu'est dû ce progrès, c'est une justice qu'il faut savoir lui rendre.

Dans sa *Physiologie pathologique* il divisait les productions accidentelles en deux grandes classes : les unes *homéomorphes,* formées d'éléments analogues aux éléments transitoires ou définitifs de l'organisme normal ; les autres *hétéromorphes*, formées d'éléments sans analogue dans l'économie. C'est dans la première classe, c'est-à-dire dans les tumeurs homéomorphes qu'il faisait rentrer les productions fibro-plastiques. Mais, comme le fait remarquer M. Broca, ce qui constituait la partie la plus nouvelle et la plus remarquable de l'œuvre de M. Lebert, c'était l'étude clinique des tumeurs comparée à leur composition anatomique et microscopique.

Depuis cette époque M. Lebert est revenu à plusieurs reprises différentes sur l'intéressante étude de ces productions morbides, entre autres à la Société de chirurgie où la lecture d'un travail de cet auteur sur les tumeurs fibroplastique fut le signal d'une discussion mémorable ; et aussi,

en 1856, lors de la publication de son grand ouvrage d'anatomie pathologique.

Depuis l'année 1845 un certain nombre de ces productions accidentelles fut présenté à la Société anatomique et à la Société de chirurgie. J'ai relevé en partie toutes les observations qui furent communiquées à ces sociétés et je dois avouer que, surtout à la Société anatomique, je fus très-étonné d'en trouver le nombre assez limité, soit que l'on ait confondu le plus souvent ces tumeurs avec des cancers, soit, ce qui me paraît plus probable, que ces productions morbides soient relativement rares. De plus, je dois dire ici que dans tous les recueils que j'ai parcourus il m'a semblé qu'on laissait de côté à tort certains points importants de leur marche clinique. Je dis à tort, et je désirerais que ce mot ne fût pas pris en mauvaise part, aussi j'en démontrerai la vérité, non-seulement par la suite de cette description, mais encore et surtout par les observations recueillies dans le service de M. Gosselin et que je placerai à la fin de ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Une remarque importante et qui me paraît trouver naturellement sa place au moment où je commence l'histoire anatomo-pathologique de ces tumeurs, c'est que mon intention dans ce travail n'est pas de décrire en général le tissu fibro-plastique, mais ces tumeurs qui sont situées le plus souvent aux membres et qui, en définitive, sont celles que l'on rencontre le plus habituellement dans la pratique, quoique, je le répète encore une fois, ce soient des productions morbides qui ne sont pas très-fréquentes. S'il m'avait fallu décrire le tissu fibro-plastique en général, j'aurais dû étudier les différentes productions dans lesquelles se rencontre

ce tissu, telles que les fongus de la dure-mère, les petites tumeurs qui se forment sur la conjonctive à la suite de l'opération du strabisme, quelques épulis, les kéloïdes, quelques tumeurs scrofuleuses, etc. Toutes productions qui sont constituées en grande partie par ce tissu : or ma tâche aurait été très-allongée ; d'un autre côté, je dois dire que je n'ai pas eu l'occasion de voir un grand nombre de ces affections pendant le temps que j'ai passé dans les hôpitaux, et, comme j'ai pris l'engagement de ne parler que de ce que j'ai vu, je ne décrirai que les tumeurs analogues à celles qui font le sujet des observations rapportées à la fin de ce travail.

Siége. — Ces tumeurs peuvent affecter tous les points du corps, cependant elles ont un siége de prédilection sur lequel nous allons revenir. Disons d'abord qu'elles se développent beaucoup plus souvent dans les parties molles que dans les os. Dans les douze ou treize observations que je rapporte intégralement et qui ont été recuillies dans le service de M. Gosselin, il ne s'en trouve qu'une seule qui avait pris naissance dans la clavicule, toutes les autres proviennent des parties molles. Le résultat de ces treize observations s'est trouvé confirmé par les recherches que j'ai faites dans les différents recueils : sur plus de cent observations rapportées, je n'en ai pas trouvé dix dont le point de départ fût le tissu osseux.

Elles ont un siége de prédilection, ai-je dit, et je pense que l'on n'a pas assez insisté sur ce point, qui, à mon avis, a une grande valeur parce que, uni à d'autres signes que nous indiquerons plus tard, il devient, pour ainsi dire, une caractéristique de l'affection. Les tumeurs fibro-plastiques se développent particulièrement sur les membres inférieurs, et pour préciser davantage, elles prennent surtout naissance

à la cuisse et aux environs de l'articulation fémoro-tibiale. Ainsi, sur les seize observations provenant du service de M. Gosselin, seize fois la tumeur siégeait aux membres inférieurs. La proportion, sans être aussi considérable dans les observations que j'ai lues en parcourant les Bulletins de la Société de chirurgie et de la Société anatomique, l'emporte cependant de beaucoup en faveur du membre inférieur : je ne crois pas trop m'aventurer en disant que cela se voit dans les deux tiers des cas.

Après cette partie du corps, viennent les membres supérieurs, puis le tronc ; une chose que j'ai cru remarquer, c'est qu'elles se développent plus volontiers autour des articulations que dans la continuité des membres. Après cela nous devons citer le cerveau, et remarquons ici que je ne parle pas des fongus de la dure-mère sur lesquels je n'ai pas de notions assez exactes.

Puisque nous avons reconnu que ces tumeurs occupent plus particulièrement les parties molles, il y aurait une question qui serait intéressante à élucider, ce serait de savoir quel est le tissu dans lequel se développent plus particulièrement ces productions morbides. C'est un point sur lequel je n'ai malheureusement pas de réponse bien satisfaisante à donner, et d'après les lectures que j'ai faites, je crois que cette question a été laissée généralement de côté : est-ce par oubli, est-ce par la difficulté que l'on éprouvait à la résoudre ? Quoi qu'il en soit, je dirai ce que j'ai cru observer en attendant que des recherches plus précises aient pu être faites sur ce sujet.

Etudions les connexions de ces tumeurs avec les parties environnantes, et nous verrons que dans le plus grand nombre des cas elles sont comme enkystées, entourées d'une couche cellulo-fibreuse qui les sépare nettement des tissus environnants et qui, dans un certain nombre de cas,

permet de les énucléer avec la plus grande facilité. Dans certains cas, cette espèce d'enkystement est très-précieux : j'ai toujours devant l'esprit cette malade dont l'observation est rapportée sous le n° 5, à laquelle M. Gosselin enlevait une tumeur fibro-plastique située à la partie interne du genou ; je me rappelle parfaitement que la grande préoccupation du chirurgien était la crainte que cette tumeur ne fût confondue par un de ses côtés avec la synoviale articulaire, et je me rappelle même qu'il avait averti la malade que, dans le cas où cela aurait lieu, il serait obligé de lui amputer la cuisse. M. Gosselin nous avait cependant avertis qu'il espérait trouver la tumeur sans adhérences par ses parties profondes et le résultat ne trompa pas son attente ; elle fut énucléée avec les doigts, et la capsule articulaire ne fut pas ouverte. J'ai encore deux autres faits semblables dans la mémoire.

Ainsi donc le plus souvent ces productions accidentelles paraissent se former dans le tissu cellulaire intermusculaire ou sous-cutané.

Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et ce sont les cas les plus graves, on le conçoit facilement : ainsi quelquefois on les trouve adhérentes aux muscles que l'on est obligé de détruire dans une certaine étendue pour en faire l'ablation ; c'est ce qui a eu lieu chez l'individu dont l'observation est rapportée au n° 8, il fallut couper avec des ciseaux la portion de muscle qui lui était adhérente. J'appuis sur ce caractère que ces tumeurs ne présentent qu'exceptionnellement, car une des causes qui me font séparer si radicalement ces tumeurs des cancers, c'est le peu de tendance qu'ont les premières à envahir les tissus voisins.

Le hasard a mis entre mes mains une observation très-intéressante et dont je recommande la lecture à mes lecteurs ; elle est rapportée au n° 11.

Cette tumeur volumineuse me paraît s'être développée au sein des muscles de la cuisse, particulièrement aux dépens du vaste interne et du vaste externe, auxquels elle était extrêmement adhérente, qui étaient insérés sur elle d'une façon très-serrée et dont un grand nombre de fibres avaient disparu. Du reste, un grand nombre de fibres musculaires furent retrouvées dans son intérieur au moyen du microscope, et je crois pouvoir en conclure que cette tumeur avait pu d'abord se développer aux dépens du tissu connectif, mais que, consécutivement, elle avait converti les masses musculaires voisines en sa propre substance. Peut-être était-ce une tumeur primitivement musculaire; je ne saurais affirmer rien de bien précis sur ce sujet.

M. le Dr Després, à la page 96 de sa thèse sur les *Tumeurs des muscles*, cite un cas dans lequel une tumeur fibro-plastique s'était développée dans le biceps. Plus loin, à la page 99, il rapporte qu'une tumeur fibro-plastique était intimement liée à la gaîne du muscle grand pectoral et confondue en partie avec celui-ci.

Enfin, nos tumeurs peuvent se développer aux dépens du périoste ou du tissu osseux.

En un mot, nous voyons qu'elles se développent de préférence là où se trouve réunie une grande quantité de tissus lamineux : ne sait-on pas en effet que ce dernier tissu est la transformation du tissu embryo-plastique?

Enfin, je dois dire que dans certains cas, quand la tumeur a détruit le périoste et qu'elle s'insère sur l'os lui-même, il se forme à la surface de cet os des productions stalactiformes, rugueuses, et qui présentent une adhérence considérable avec ces productions morbides.

Ces tumeurs empruntent une physionomie particulière à la région qu'elles occupent : c'est ainsi que quand elles se

développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles peuvent affecter les formes les plus bizarres ; l'observation 3 donne l'exemple d'une tumeur fibro-plastique, cylindroïde, allongée, ayant la forme d'un pénis, et il ne faut pas croire que cette forme soit exceptionnelle, elle a déjà été signalée dans une observation rapportée par M. Fano, qui lui a même donné le nom de *forme en pénis*. D'autres fois, lorsque ces tumeurs se développent sous les aponévroses, on conçoit parfaitement que la résistance de ces couches fibreuses s'oppose à ce qu'elles affectent une forme très-saillante à l'extérieur ; elles se développent alors en largeur et présentent en général dans ce cas une base assez large. Elles se moulent sur les parties dures, au voisinage desquelles elles se trouvent.

Leur volume peut varier, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête d'adulte, en passant par tous les dégrés intermédiaires ; celles que nous avons vues avaient le volume d'une pomme, d'une orange, d'une tête de fœtus.

Lorsque l'on vient à palper ces tumeurs, on leur trouve le plus souvent une résistance élastique ; d'autres fois la résistance est comme fibreuse ; elle peut même donner une sensation de dureté telle que l'on croie avoir affaire à un enchondrome, comme cela a eu lieu pour l'observatiou que je rapporte au n° 11. Dans d'autres circonstances, comme on le verra dans l'observation n° 9, ces tumeurs donnent au doigt une véritable sensation de fluctuation : en effet, un des points sur lequel les auteurs qui se sont occupés de cette affection n'ont pas assez insisté, c'est qu'elle est très-souvent accompagnée de kystes, comme nous le verrons en étudiant l'aspect que ces tumeurs présentent à la coupe, or, on conçoit que si le kyste est superficiel, il puisse donner à la main la sensation dont nous parlons. Dans les tumeurs des os, la dureté est parfois excessive, et M. Follin,

dans son *Traité de pathologie*, dit que ce fait peut se présenter après que les tumeurs ont joui d'un certain degré de mollesse. On explique ces changements par la production d'aiguilles osseuses, au sein d'un tissu formé primitivement de parties molles.

Ces tumeurs offrent en général une mobilité assez grande surtout lorsqu'elles sont situées superficiellement; alors on peut les mouvoir dans tous les sens sans rencontrer de résistance; si elles sont profondément situées, on les trouve encore la plupart du temps mobiles, du moins elles présentent cette apparence. Cette restriction m'est suggérée par deux cas, dont j'ai été le témoin : dans l'un, il s'agissait d'une tumeur de la fesse qui présentait une adhérence très-forte à l'ischion; dans l'autre, la tumeur adhérait à la partie supérieure du fémur; mais en général, je dois dire que ces adhérences aux os sont rares et peu étendues.

Puisque nous en sommes sur les adhérences de ces tumeurs au squelette, c'est ici le lieu de parler de leurs connexions avec les parties environnantes. Dans la majorité des cas, lorsqu'elles sont superficielles, elles sont parfaitement bien limitées, bien différentes en cela des tumeurs cancroïdales. En effet, on sait que la limite de l'épithélioma n'est jamais bien précise et que l'on en constate souvent des traînées, qui s'enfoncent plus ou moins loin suivant la résistance des tissus. Or, il n'en est pas ainsi pour les tumeurs fibro-plastiques.

Si elles sont situées plus profondément, il n'est pas impossible de les voir entrer en connexion intime avec les parties voisines, mais je dois dire que c'est l'exception, et que la plupart du temps, repoussant les organes environnants, les moulant sur leur surface sans leur faire subir d'altération, elles s'entourent d'une espèce de poche fibro-

cellulaire, elles s'enkystent en un mot. Il est inutile dans ce moment de faire ressortir l'importance de cette disposition au point de vue du traitement; c'est une question sur laquelle je reviendrai plus tard.

J'ai trouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique* deux observations très-intéressantes de tumeurs fibro-plastiques : la première a été observée en 1846, à Beaujon, dans le service de M. Bouvier, et était située au-dessous du pédoncule moyen du cervelet et grosse comme un petit œuf; l'autre a été rapportée en 1855 et occupait les méninges. Dans ces deux cas, ces productions morbides ne présentaient aucune adhérence avec le cerveau ou le cervelet, qu'elles repoussaient et dont elles étaient séparées par une enveloppe cellulo-fibreuse qui les enfermait complétement.

Dans certains cas, et on en lira deux exemples dans les observations que je rapporte, des portions musculaires sont confondues avec ces tumeurs; mais c'est rare. Dans l'espèce de kyste fibreux qui les entoure, on trouve quelquefois un lacis vasculaire assez développé.

Si l'on vient à pratiquer des coupes dans leur épaisseur et si on les examine à l'œil nu, on reconnaîtra bientôt qu'elles sont loin d'offrir toujours le même aspect : nous pouvons d'abord établir une distinction qui frappe les yeux tout d'abord, c'est que les unes sont vasculaires et que les autres ne le sont pas ; maintenant ce n'est pas à dire pour cela que ces deux variétés ne puissent se rencontrer ensemble, nous voulons dire seulement qu'on les trouve quelquefois séparées ; un beau cas de tumeur non vasculaire est rapporté dans l'observation n° 11.

Nous avons dit plus haut que les tumeurs fibro-plastiques sont souvent lisses et sans inégalités à leur superficie, mais que, dans d'autres cas, elles étaient inégales, lobulées à

leur surface extérieure ; or, la même chose se rencontre lorsque l'on vient à pratiquer des coupes dans leur parenchyme ; il arrive très-souvent qu'elles offrent un aspect lobulé ; alors, suivant que l'une ou l'autre des deux variétés que j'ai admises plus haut prédominent, on voit des lobules d'une couleur rouge ou d'un jaune blanchâtre ; ce tissu est dur, difficile à couper avec le scalpel ; quelquefois des tractus d'un tissu fibreux blanchâtre parcourent la tumeur et la sillonnent dans toute son étendue; quelquefois ces tractus ne s'étendent pas dans toute son épaisseur.

Au milieu de ces lobules blanchâtres et durs dont je viens de parler et qui présentent un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une grosse noix, on en trouve d'autres qui ont une coloration rouge ou jaune foncé, granuleux à la déchirure et dont la consistance est beaucoup moins considérable que précédemment. Quelquefois elles sont entièrement formées par ce tissu rouge et mollasse, qui simule assez bien l'encéphaloïde ; aussi m'est-il arrivé de voir dans un grand nombre des observations de la Société anatomique, que les tumeurs présentaient à la vue l'aspect encéphaloïde, mais, dans tous ces cas, la marche de la maladie et l'examen au microscope avaient redressé cette erreur. Au milieu de ces lobules de consistance et de coloration différentes dont nous venons de parler, on en trouve d'autres dont l'aspect général est celui d'une matière gélatineuse amorphe, colloïde. On ne saurait donner une meilleure idée de la seconde variété que nous avons signalée, qu'en la comparant à la substance des polypes muqueux des fosses nasales.

Ces différentes variétés sont habituellement réunies dans la même tumeur et concourent à donner à la coupe de certaines de ces productions morbides un aspect panaché assez remarquable.

Il est enfin un dernier point sur lequel on n'a pas appelé assez l'attention à mon avis, quoique M. Follin l'ait signalé; mais il s'y est peu arrêté et ne lui a pas donné l'importance qu'il mérite; ce point sur lequel je désire appeler plus particulièrement l'attention, c'est l'existence de kystes dans ces tumeurs. Très-souvent lorsque l'on vient à en faire une coupe, on trouve à l'intérieur des kystes dont le volume ou le contenu sont variables; mais, encore une fois, on trouve cette disposition dans un grand nombre de cas. Ces kystes sont habituellement bien limités; le liquide qu'il renferment presente une coloration et une consistance fort variables. Tantôt c'est de la sérosité sanguinolente ou un liquide ressemblant à du sang altéré, presque noir; d'autres fois, c'est un liquide chocolat, qui, recueilli, présente à sa surface des paillettes de cholestérine; d'autres fois, enfin, c'est un liquide jaune-citrin ou même incolore; la consistance est fluide ou visqueuse; le liquide jaune-citrin présente habituellement cette consistance visqueuse, filante, analogue à celle de la synovie, et est constitué souvent par de la sérosité tenant en suspension de la *mucine*, comme on pourra le voir dans l'observation n° 11. La paroi interne de ces kystes est habituellement lisse, quelquefois anfractueuse; les parois se confondent avec les parties environnantes.

Si l'on vient à presser entre les mains ces tumeurs, on ne fait sourdre à leur surface de section rien qui ressemble à du suc; on n'en obtient pas davantage par le grattage avec un couteau; c'est une disposition que j'ai remarquée dans toutes mes observations et qui est signalée dans presque toutes celles que j'ai compulsées dans les Bulletins de la Société anatomique.

Si l'on vient à détacher quelques particules de ce tissu

et qu'on le mette entre deux lames de verre, elles ne s'écrasent pas comme cela se produit pour le cancer.

Examen microscopique. — Avant de dire ce que l'on voit dans ces tumeurs, avec l'aide du microscope, je vais emprunter quelques lignes à des notes recueillies par moi au cours de M. le professeur Robin, en 1864. Ces lignes ont trait au développement des *fibres lamineuses.*

« Les fibres lamineuses, dit-il, ont pour centre de développement des noyaux embryo-plastiques qui s'atrophient quand la fibre est développée. Il se fait, autour d'un noyau embryo-plastique, une production de substance homogène finement granuleuse aux deux extrémités du noyau et aussi sur les côtés. Quand cette production se borne aux deux extrémités du noyau, le corps est fusiforme et ressemblerait aux fibres musculaires de la vie organique, si dans les fibres lamineuses le noyau n'était pas très-court. Les fibres musculaires et les fibres lamineuses peuvent donc avoir au commencement une forme analogue. Ces fibres lamineuses que nous venons d'indiquer ont reçu longtemps le nom de *corps fibro-plastique.* Ils restent à cet état peu de temps chez l'embryon ; mais on trouve des fibres lamineuses à l'état embryonnaire pendant toute l'existence, en petite quantité, il est vrai. Dans beaucoup de tumeurs on peut trouver des fibres lamineuses en grande quantité à l'état embryonnaire, à l'état de corps fusiformes. Ce sont ces tumeurs que l'on a appelées tumeurs fibro-plastiques.

« Il y a des corps fibro-plastiques *fusiformes* et des corps fibro-plastiques *étoilés.*

« Les premiers sont ceux où les fibres lamineuses se développent seulement aux deux extrémités du noyau ; dans les seconds on voit des fibres lamineuses se développer sur toute la périphérie. »

Je n'ai fait cette citation textuelle, un peu longue peut-être, que pour faire voir quelle était l'origine de ces corps fibro-plastiques dont l'accumulation, dont l'hypergénèse est le point de départ des productions que j'étudie.

Je vais maintenant résumer rapidement le chapitre que M. Carrera consacre à la déformation des éléments embryo-plastiques ; pour lui ces éléments déformés constituent ce qu'il nomme le *tissu fibro-plastique tératologique* (1).

Quand on examine attentivement certaines productions fibro-plastiques, d'origine pathologique, on y rencontre parfois certains éléments dont la classification embarrasse beaucoup. On trouve dans les corps fusiformes des granulations moléculaires remplissant leurs deux prolongements; d'autres sont développés d'un côté seulement où on voit une extrémité effilée ; de l'autre côté de ce corps fusiforme on voit un renflement volumineux englobant un gros noyau à nucléoles et quelquefois deux. Cette forme paraît constituer ce qu'on appelait autrefois *cellules cancéreuses en raquette.*

Dans d'autres, tout à fait différents de l'état dans lesquels on les voit à l'état normal ou régulier, on trouve beaucoup plus de granulations ; leurs nucléoles sont plus volumineux et plus brillants, et leurs granulations sont plus foncées.

Dans d'autres tissus les corps fusiformes et les corpuscules étoilés, destinés aux points anastomotiques des fibres ne présentent pas toujours les noyaux caractéristiques ; parfois, à la place de ces noyaux, on trouve des nucléoles volumineux.

Pour M. Carrera et pour certains auteurs, les tumeurs

(1) Carrera, *Anatomie patholog. du tissu fibro-plast.*; Thèses de Paris, 1865.

fibro-plastiques peuvent être considérées, d'après leur aspect, sous trois types qu'ils appellent : *type colloïde, type sarcomateux* et *type fibroïde*.

1° *Type colloïde ou myxoïde.* — L'élément qui le constitue principalement est une matière amorphe semblable à la gélatine ou à la colle. Cette substance est ordinairement incolore et transparente, mais sa coloration peut varier et on peut la trouver opaque. Il n'est pas rare, en effet, de la voir jaune et même rouge ; la première coloration paraît être due à l'existence dans cette matière de granulations graisseuses (*matière phymatoïde*, de M. Lebert), et les dernières à la présence dans son intérieur de l'hématosine ou des globules du sang. Sa composition paraît se rapprocher beaucoup de celle de la gélatine ou plutôt de la mucine, substance avec laquelle la matière colloïde présente tant de ressemblance quant à son aspect et ses propriétés.

L'élément principal de ce type de tumeurs est rarement infiltré. Le plus généralement il est contenu dans des kystes formés par une membrane mince. Quand on étudie avec le microscope cette matière colloïde, on n'y distingue, à première vue, aucun élément figuré, mais en y regardant avec beaucoup d'attention, on arrivera à y découvrir des noyaux à un degré plus ou moins avancé de leur développement, mais ordinairement en petit nombre.

Les tumeurs myxoïdes, assez rares d'ailleurs, sont très-peu vasculaires, comme cela s'observe dans toutes les productions où les éléments figurés sont peu nombreux (Broca, *Anatomie patholog. du cancer. Mémoires de l'Académie de médecine*, 1852). Cette vascularité peu prononcée explique la lenteur de leur marche et les hémorrhagies peu considérables auxquelles elles donnent lieu lorsqu'elles viennent à s'ulcérer.

2° *Type sarcomateux.* — M. Carrera préfère le nom de *type intermédiaire*, parce qu'elles participent des caractères de celles de la première espèce et de celles de la troisième. Quelques-unes sont transparentes ou du moins demi-transparentes comme celles du type colloïde; elles sont cependant plus résistantes et plus élastiques, et c'est à cette forme particulière que correspondent les tumeurs si bien décrites par Fœrster sous le nom de *myxomes*.

Je renvoie le lecteur à la fin de ma thèse, il y verra un bel exemple de ces *myxomes*.

Les éléments miscroscopiques qui caractérisent ce type sont des noyaux allongés quelquefois en voie de segmentation, et enfin quelquefois des corps fusiformes.

3° *Type fibroïde.*—Moins volumineuses et moins vasculaires ordinairement que celles du type précédent, les tumeurs fibro-plastiques fibroïdes présentent à la coupe un aspect nacré, lisse, brillant, qui les rapproche des tumeurs fibreuses. Quand elles siégent dans les parties molles les tumeurs de ce troisième type ont généralement pour point de départ les tissus fibreux denses.

Ce qui les caractérise histologiquement c'est la prédominance de l'élément fibre. Avec celui-ci on trouve aussi, mais en quantité relativement minime, d'autres éléments, tels que des noyaux à toutes les phases de leur évolution et surtout des corps fusiformes. Les fibres peuvent se présenter entièrement développées, mais le plus souvent elles portent encore leur noyau ; celui-ci est fréquemment en voie d'atrophie.

En résumé les éléments anatomiques que l'on distingue dans les tumeurs fibro-plastiques sont : 1° des *cellules* ovoïdes ou arrondies, mesurant de $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{60}$ de millimètre ; elles renferment un ou deux noyaux ; 2° des *noyaux* qui

ont de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{140}$ de longueur, ronds d'abord, plus tard ovoïdes; ces noyaux renferment un ou deux nucléoles; 3° des *corps fusiformes* d'une longueur de $\frac{1}{40}$ à $\frac{8}{10}$ de millimètre; 4° des *globes concentriques fibro-plastiques*, corps volumineux constitués par des noyaux ou des cellules entourés de fuseaux qui se disposent souvent en ordre concentrique; 5° enfin, entre ces différents corpuscules, on découvre une substance amorphe, gélatineuse.

D'après ces caractères anatomiques, je crois avec M. Broca (1) que l'on peut faire rentrer les tumeurs fibroplastiques dans la classe des tumeurs *homéomorphes hétérologues.* Je rappelle ici, pour mémoire seulement, que les tumeurs homéomorphes sont celles qui sont composées d'éléments analogues à ceux qui font partie de l'organisme normal; mais, comme leur *tissu*, c'est-à-dire le mode d'agencement des particules élémentaires, n'est pas nécessairement ou pour mieux dire n'est jamais semblable à un tissu normal, c'est pour cela que nous les nommons hétérologues.

SYMPTOMATOLOGIE.

Je me servirai exclusivement, pour traiter cette partie de mon sujet, des observations que j'ai eues à ma disposition.

Le début de cette affection est ordinairement assez lent, assez obscur. Le malade dont l'histoire est rapportée dans l'observation 9, portait sa tumeur depuis quarante ans; un homme portait à la fesse une grosseur depuis quinze ans (obs. 9); un autre portait à la partie antérieure de la cuisse sa tumeur depuis dix-sept ans. Je dois dire que dans

(1) Broca, *Traité des tumeurs*, t. 1, p. 123.

d'autres cas le début ne remontait pas à plus d'un an, dix-huit mois, deux ans, mais c'est l'exception.

Le plus souvent les malades ne s'aperçoivent que par hasard du développement de cette grosseur dans un point quelconque du corps, car c'est une chose bien remarquable encore de voir, que dans la grande majorité des cas, le développement de l'affection est indolent. Les troubles nerveux et fonctionnels qu'elles produisent tiennent habituellement à une gêne locale. Leur volume peut rester longtemps stationnaire, mais il est plus commun de les voir grossir progressivement, petit à petit, jusqu'au moment où par un hasard quelconque ou bien par les douleurs qu'elles déterminent, ces productions pathologiques finissent par appeler l'attention des malades.

Je dis par une cause quelconque : en effet, il n'est pas rare de voir ces tumeurs s'accroître rapidement après un coup, une chute qui a froissé la partie malade, et alors deux cas peuvent se présenter : ou bien la tumeur après avoir causé au malade des douleurs qui ont duré plus ou moins longtemps redevient de nouveau stationnaire et indolente ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, elle s'accroît indéfiniment jusqu'au moment où le malade est obligé de venir consulter le médecin.

Cet accroissement rapide qui se manifeste quelquefois dans la marche de ces tumeurs est dû soit à une multiplication rapide des éléments morbides, soit à une hémorrhagie intérieure.

Etudions un peu la douleur dans cette affection. Lorsqu'elle existe dès le commencement, elle est due la plupart du temps à la gêne apportée dans les fonctions de la partie qui est atteinte ou à la compression exercée par cette tumeur sur les nerfs voisins ; dans ce cas, on le conçoit, la douleur est indirecte. Mais, dans d'autres circonstances, il

s'y développe des douleurs spontanées, douleurs qui, quelquefois, sont continues, et qui, d'autres fois, reviennent à intervalles plus ou moins éloignés; elles sont habituellement vives, il est rare que les malades comparent la sensation douloureuse à une pesanteur, comme j'en ai vu cependant un exemple; mais le plus souvent elles sont lancinantes ; plusieurs des malades dont j'ai entre les mains l'observation ont éprouvé ces douleurs qu'ils comparent à des coups de lancette, à des piqûres, à des coups d'épée.

D'autres fois, au contraire, la douleur n'est déterminée que par la palpation de la partie malade ; mais c'est plus rare.

Voyons maintenant les symptômes que l'on constate en portant la main sur ces tumeurs. Dans la plupart des cas, indolence complète ; quelquefois aussi douleur. On sent sous la peau et faisant une saillie plus ou moins appréciable à la vue, une masse dont la consistance est variable, mais cependant plus souvent dure que molle. Le plus habituellement la surface de la tumeur est lisse ; cependant n'oublions pas qu'elle peut être bosselée, lobulée, et que ces lobules peuvent offrir différents degrés de consistance, suivant les différentes parties élémentaires qui les composent. Je rappelle en effet pour mémoire que j'ai signalé l'existence fréquente de kystes entrant dans leur constitution, et si ces kystes sont superficiels, on peut parfaitement bien sentir la fluctuation, comme chez ce malade dont l'observation est rapportée au n° 12.

Quelquefois on a une sensation de mollesse comme celle que donne le lipome. Dans la majorité des cas, la tumeur, surtout quand elle n'est pas superficielle, présente dans certains points une dureté comme fibreuse et qui peut même aller jusqu'à simuler celle de l'enchondrome, comme on le verra dans l'observation 11.

J'ai omis de dire que ces tumeurs sont rarement pédiculées; elles ont le plus habituellement une base assez large.

Si on vient à les saisir à pleine main et si on leur imprime des mouvements, on constate le plus souvent que ces tumeurs, qui ne présentent pas d'adhérences avec la face profonde du derme, ne paraissent pas en présenter non plus avec les organes qui leur sont sous-jacents ou qui sont situés tout autour.

Je dis qu'elles ne paraissent pas présenter d'adhérences, parce qu'en voyant la facilité avec laquelle on les déplace latéralement ou de haut en bas, on est parfois induit en erreur, et qu'en réalité, elles sont quelquefois adhérentes aux parties profondes, comme dans les observations 11 et 12; mais je dois dire que ce cas est plus rare.

Le plus souvent, comme je l'ai dit, la peau est intacte; elle offre son épaisseur et sa coloration normales; lorsqu'elle est très-distendue, on peut voir quelques veines bleuâtres se dessiner à sa surface; très-rarement elle est ulcérée, comme dans l'observation 3.

Parlons maintenant des symptômes généraux : la plupart du temps il n'en existe pas; la tumeur retentit tellement peu sur l'économie que l'individu qui en est porteur n'en ressent aucun trouble; il mange et il dort comme à l'ordinaire; il conserve ses couleurs, n'offre point de teinte cachectique et ne maigrit pas. Cette bénignité des symptômes généraux, qui a lieu souvent et qui est comme la caractéristique de cette affection, n'existe cependant pas toujours : ainsi il est des malades chez lesquels des douleurs spontanées très-vives se développent à tel point quelquefois qu'ils en perdent l'appétit et le sommeil, et que même ils maigrissent un peu; mais je dois dire que ces cas sont assez rares, et il est très-remarquable de voir avec quelle

rapidité ces phénomènes disparaissent lorsque la tumeur a été enlevée.

Il arrive très-souvent aussi qu'il ne se manifeste pas de phénomènes généraux quand bien même l'intensité des douleurs est assez grande pour empêcher le sommeil et pour forcer même le malade à réclamer l'ablation de sa tumeur comme un bienfait.

En général les ganglions qui sont sur le trajet des lymphatiques venant de la région malade ne sont pas engorgés; dans quelques cas ils le sont ; on en verra un exemple dans l'observation 8; mais il est à remarquer que dans ce cas, qui m'appartient, l'examen microscopique des ganglions ne fit reconnaître aucune trace du tissu analogue à celui sous l'influence duquel ce ganglion s'était hypertrophié.

Je ne sais pas si d'autres personnes ont eu à faire la même remarque.

Je dois signaler aussi les symptômes de voisinage qui sont dus à la compression par la tumeur, soit des vaisseaux, soit des nerfs, compression donnant lieu, dans le premier cas, à des engourdissements, à des fourmillements même, et dans le second, à de l'œdème.

Terminaison. — Je ne crois pas qu'il existe d'exemple de terminaison de cette maladie par résolution. M. Lebert a vu plusieurs fois la guérison spontanée pour des kéloïdes qui alors pâlissent, se flétrissent et finissent par disparaître. Ces tumeurs finissent quelquefois par rester stationnaires, mais elles ne rétrogradent pas, ou bien leur évolution est tellement lente que le malade est emporté par une affection intercurrente ; c'est ce qui est arrivé dans l'observation 11 : l'homme qui en fait le sujet est mort d'une pneumonie, ou bien les douleurs et la gêne qu'elles détermi-

nent forcent le malade à en demander l'ablation ; et alors souvent il y a récidive ou bien infection générale de l'économie. Enfin quelques auteurs pensent qu'elles peuvent dégénérer en cancer. Nous verrons bientôt ce que l'on doit penser sur la transformation des maladies en général et sur la transformation des tumeurs fibro-plastiques en particulier.

Tels sont les différents modes de terminaison de cette maladie.

D'abord peuvent-elles subir ce travail morbide auquel on a donné le nom de *ramollissement?* Pour M. Broca, la réponse est affirmative; il pense que leur ramollissement est le résultat de l'accroissement interstitiel, de la multiplication de leurs éléments globulaires : « La trame organique, dit-il, perd sa solidité et se dissocie par une sorte de dissolution qui paraît dépendre d'une nutrition insuffisante ou de quelque autre accident de nutrition ; c'est une désorganisation, *une décadence*, comparable, jusqu'à un certain point, à celle qui fait ramollir le tubercule » (1).

Parmi les tumeurs que j'ai vu enlever, deux ou trois paraissent avoir subi un ramollissement et présentaient à la vue un aspect encéphaloïde ; du reste, cette apparence est signalée dans un grand nombre d'observations que j'ai relevées dans les *Bulletins de la Société anatomique.* Dans les tumeurs fibro-plastiques des os, on doit distinguer un ramollissement réel et un ramollissement apparent ; celui-ci est dû à la disparition de la couche osseuse qui recouvre la tumeur ; on comprend qu'après cette destruction, la tumeur qui était auparavant dure devienne molle. Dans un grand nombre de cas, je crois que le ramollissement des fibro-plastiques des parties molles se fait par formation

(1) Broca, *Op. cit.*, p. 196.

dans l'intérieur de la substance morbide des kystes séreux, sanguins ou colloïdes, dont nous avons signalé l'existence.

Le mécanisme du ramollissement de ces tumeurs varie donc beaucoup, et on comprend, comme le dit M. Broca, qu'à une époque encore peu éloignée de nous, où la plupart des tumeurs étaient confondues avec le cancer, on ait émis les opinions les plus contradictoires sur la nature du ramollissement.

Tandis que pour les uns, ce phénomène était le résultat d'un travail inflammatoire, c'est-à-dire d'un excès de circulation et de vitalité; pour les autres, c'était le résultat d'une *décadence*, d'une décomposition moléculaire qu'on considérait même comme le premier degré de la gangrène.

Enfin M. Broca termine par ces conclusions le remarquable chapitre qu'il consacre au ramollissement : « Notre but, dit-il, était de montrer, 1° que le ramollissement n'est pas un caractère propre aux tumeurs cancéreuses; 2° que ce phénomène est le résultat de conditions qui varient suivant l'espèce de tumeur que l'on considère; 3° qu'il dépend, tantôt d'une désorganisation véritable, naturelle ou accidentelle, et tantôt, au contraire, d'un travail d'organisation qui fait partie de l'accroissement interstitiel de la tumeur. »

J'arrive enfin à un point important du sujet que j'étudie, c'est celui qui a trait à *la récidive*.

D'abord ces tumeurs, une fois enlevées, récidivent-elles toujours, et quel est le mode de récidive?

Quant à la première question, je crois que ce serait un tort de répondre par l'affirmative; je crois qu'il est des cas où la récidive n'a pas lieu; malheureusement, dans mes observations, je n'ai pas un fait bien précis à apporter à

l'appui de mon opinion ; les malades une fois opérés et guéris ne reparaissent pas : c'est ce qui arrive tous les jours dans les services des hôpitaux. Mais en revanche, j'ai un grand nombre d'exemples de récidives sur les malades opérés et de récidives successives. C'est un fait qui a été signalé par tous les auteurs depuis que cette affection a été mieux connue. Or toutes les tumeurs sont susceptibles de récidiver, et ce serait faire un raisonnement bien faux que d'en conclure qu'il faille confondre les tumeurs fibro-plastiques avec les cancers. On distingue trois sortes de récidives : la récidive sur place, la récidive dans les ganglions et la récidive par infection générale. Cette tendance, si réelle et si terrible à la récidive pour les tumeurs fibro-plastiques des parties molles, ne l'est pas moins quand la maladie siége dans les os. Il est assez difficile de déterminer aujourd'hui dans quelle proportion se trouvent les récidives; cependant on peut affirmer qu'elles sont relativement considérables.

M. Broca admet dans son livre deux espèces de récidives : la récidive par *repullulation* et la récidive par *continuation*. La première se produit lorsque, le mal détruit, il n'en reste plus aucun germe local; la seconde a lieu lorsque des parcelles de tissu pathologique ont été laissées, après l'ablation, au milieu de parties en apparence saines.

Je crois que ce dernier mode de récidive doit avoir lieu bien rarement pour les tumeurs fibro-plastiques. N'avons-nous pas vu, en effet, que, dans la plupart des cas, la production morbide est nettement délimitée, entourée même par une enveloppe cellulo-fibreuse qui la sépare complétement des parties environnantes? Or il n'est pas possible d'admettre, dans ce cas, que des fragments de tissu malade aient pu échapper au bistouri du chirurgien.

Il est bien plus logique, et bien plus près de la vérité,

je crois, d'admettre qu'après l'ablation de ces tumeurs, il reste dans l'économie une disposition à la formation de tumeurs de même nature. Cette disposition est infiniment moindre sans doute que s'il s'agissait d'un cancer, mais elle ne peut être mise en doute.

Et que l'on remarque bien ici, que le seul fait de la récidive n'autorise pas à dire que c'est une tumeur cancéreuse ; il faut remarquer que le plus souvent, la tumeur secondaire comme la primitive paraît avoir eu pour siége le même tissu ; or, pour que les tumeurs fibro-plastiques pussent être assimilées au cancer, il faudrait que, comme lui, elles se généralisassent, non-seulement dans un même système organique, mais encore indistinctement dans toute l'économie. Si l'on fondait la définition de la *malignité* uniquement sur l'idée de récidive et de multiplicité, on donnerait à ce mot une signification qui n'aurait plus rien de précis. Qui ne sait que dans bien des cas, les lipomes, les tumeurs érectiles, les névromes présentent ce double caractère de pouvoir récidiver, et de se généraliser ; mais elles se reproduisent toujours dans le même système organique, où est née la première tumeur, en vertu probablement d'une diathèse qui avait pu être inconnue jusqu'au moment de leur apparition.

Si, de la théorie, nous passons dans le domaine des faits, ce qui est beaucoup plus en rapport avec l'esprit de ce travail, nous verrons que les tumeurs fibro-plastiques repullulent, et qu'elles repullulent sur place. J'ai la satisfaction de pouvoir en citer deux cas bien remarquables dans les observations 1 et 4, l'une surtout m'a offert un intérêt particulier, je l'ai vue un grand nombre de fois chez M. Gosselin, qui l'a opérée quatre fois depuis 1857, et malgré ces récidives multiples, elle a conservé un état de santé général excellent ; elle a de l'embonpoint, des couleurs fraîches,

elle mange et dort parfaitement, on ne dirait jamais en la voyant qu'elle est sous l'influence d'une maladie aussi tenace, et en réalité aussi grave.

Parmi les recherches que j'ai faites dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, j'ai trouvé un assez grand nombre de cas analogues à ceux que je rapporte : pour n'en citer que deux, je rapporterai deux présentations de malades faites à la Société, par M. Chassaignac, en août 1853, et en février 1854. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade opéré déjà cinq fois, d'une tumeur fibro plastique de l'extrémité supérieure du tronc ; dans le second, c'était un malade qui portait une tumeur fibro-plastique de la région deltoïdienne, et qui avait déjà été opéré 6 fois ; l'un et l'autre avaient conservé un état de santé satisfaisant. J'en ai trouvé bien d'autres cas dans les recueils que j'ai compulsés. Dans tous ces cas, la récidive eut lieu sur place, jamais dans les ganglions du voisinage.

J'arrive maintenant à une question fort importante, c'est celle de la généralisation de la maladie, de l'infection générale de l'économie.

C'est une terminaison sur laquelle je n'ai aucune expérience personnelle, n'ayant jamais été témoin de faits de ce genre. Je n'ignore pas que c'est le principal des arguments sur lesquels s'appuient ceux qui veulent faire de cette maladie un véritable cancer ; à propos du diagnostic, j'espère prouver que cette opinion n'est pas exacte. Quoi qu'il en soit, cette terminaison qui paraissait assez rare, au moment où M. Lebert a publié son grand Traité d'anatomie pathologique, puisqu'il n'en cite que trois exemples, cette terminaison, dis-je, paraît être plus commune, sans cependant se présenter encore bien souvent à l'observation ; en effet, sur les 16 observations qui m'appartiennent, jamais ce cas ne s'est présenté. Et la preuve que c'est assez rare, c'est

que les cas bien authentiques ne sont pas communs, ainsi, on trouve cités partout le cas de M. Woillez, celui de M. Flontan, et enfin j'en ai trouvé un exemple qui a été publié l'année dernière, par M. Raynaud, dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*.

M. Carrera en a relevé dix-neuf cas, et sur ce nombre, six fois la maladie avait débuté par une maladie du squelette.

La cause prochaine de cette généralisation n'est pas plus facile à découvrir pour les tumeurs que nous étudions que pour celles qui jouissent aussi de cette fâcheuse propriété ; plusieurs théories ont été émises sur ce sujet, entres autres la sympathie, la théorie de la migration des germes, etc.

Sans entrer dans de plus longs détails sur ce point, je crois pouvoir admettre avec M. Broca que tout en avouant l'impossibilité où nous sommes d'avoir sur ce sujet une idée bien exacte, la théorie qui paraît encore la plus sérieuse, c'est celle de la *diathèse*.

Certains auteurs en voyant que les tumeurs fibro-plastiques après avoir passé par une période lente, obscure, sans retentissement sur l'économie, sont quelquefois suivies d'accidents aigus, qui forcent les malades à recourir à une opération, ont pensé qu'il y avait dans certains cas transformation d'une tumeur fibro-plastique dans l'origine en une tumeur cancéreuse.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur ce point, mais je tiens cependant à dire quelques mots sur la transformation des maladies en général, et particulièrement de celles que j'étudie dans ce moment.

Qu'est-ce que la transformation en pathologie ? C'est le changement d'une maladie en une autre. Prenons quelques exemples, demandons-nous si la pneumonie peut se convertir en tubercules, une fièvre intermittente, en fièvre ty-

phoïde; une réponse négative sera faite promptement à ces questions. Nous pourrions passer en revue ainsi, toutes les entités du cadre nosologique, et nous n'en trouverions pas une seule dont on puisse admettre la transformation. « Érigeons donc en loi cette proposition, dit M. Monneret, à savoir : que les espèces nosologiques des maladies sont invariables et qu'elles ne peuvent se convertir en d'autres dans aucun cas, pas plus, du reste, que les tissus normaux ne peuvent se transformer en d'autres tissus anormaux. La théorie de la substitution est rigoureusement applicable à l'une et à l'autre. Si les maladies paraissent changer de forme, de nature, de degré, il faut s'en prendre à ce que d'autres lésions sont venues se surajouter à la maladie principale. Répétons avec Bordeu que l'espèce est immuable, comme les divers poisons et comme les plantes et leurs semences. »

Ces lignes que j'ai empruntées au *Traité de Pathologie générale* de M. Monneret, rendent bien ma pensée, et s'appliquent parfaitement à nos tumeurs fibro-plastiques ; non jamais elles ne deviennent cancéreuses, elles restent ce qu'elles ont été primitivement ; dans ce cas, on ne peut dire qu'elles se transforment, elles accomplissent leur évolution qui n'est pas nécessaire, je le veux bien, mais qui est naturelle.

Dans le cas où ces tumeurs s'ulcèrent, cet état ne se produit pas spontanément, comme dans les cancers, mais l'altération se fait le plus souvent à la suite de chocs sur la partie malade, ou d'irritation produite par les vêtements.

DIAGNOSTIC.

C'est une tâche assez difficile que de tracer le diagnostic des tumeurs fibro-plastiques ; en effet, elles ne se tradui-

sent généralement par aucun signe pathognomonique qui permette d'affirmer de suite leur existence, en sorte que ces tumeurs laissent assez souvent le chirurgien dans l'incertitude sur leur véritable nature, alors surtout qu'il n'a pas présents à l'esprit leurs principaux caractères que je vais rappeler et que j'ai décrits longuement plus haut.

Je passerai ensuite rapidement en revue les différentes productions pathologiques qui pourraient être confondues avec cette maladie.

On sera fondé à diagnostiquer une tumeur fibro-plastique dans le cas où l'on sera en présence d'une tumeur qui a débuté lentement, sans retentir sur l'économie, sans avoir altéré la santé générale de l'individu, surtout lorsqu'elles sont implantées sur la partie inférieure du tronc, qui est le siége de prédilection de ces productions morbides; on serait encore fondé à faire ce diagnostic dans le cas où cette tumeur aurait déjà subi une ou plusieurs opérations, sans que l'état général du malade en fût affecté, dans le cas où la tumeur se présenterait avec l'intégrité de la peau, avec la mobilité du produit morbide sur les parties sous-jacentes, avec l'intégrité des ganglions.

Tels sont les principaux signes qui me paraissent avoir un véritable intérêt dans l'étude que nous faisons. Il s'agit maintenant de faire le diagnostic différentiel avec les diverses productions qui offrent avec elles une certaine analogie.

Les tumeurs qui se présentent à l'observation du chirurgien peuvent être divisées en deux grandes classes naturelles, tumeurs *solides*, et tumeurs *liquides*.

Parmi les tumeurs liquides, je rencontre immédiatement les engorgements inflammatoires chroniques, et les kystes simples ou hydatiques. Je devrais peut-être aussi parler des tumeurs anévrysmales; mais, comme cette affection ne peut

présenter de difficultés qu'alors que des caillots se sont formés dans son intérieur, et qu'elle est en partie solide, je reporterai le diagnostic au chapitre suivant.

On conçoit facilement que lorsqu'on a sous les yeux une tumeur manifestement fluctuante, l'idée d'une fibro-plastique ne soit pas la première qui vienne à l'esprit. Cependant il faut se souvenir que dans certains cas des kystes volumineux, soit sanguins, soit séreux, soit colloïdes, peuvent se développer dans les tumeurs fibro plastiques; aussi, en vue d'une erreur possible, un chirurgien prudent ne rejettera cette idée qu'après un examen attentif de la partie malade, des commémoratifs, etc. Du reste, si la tumeur qu'on examine est très-fluctuante, et si d'autres raisons portent encore à concevoir quelques doutes sur sa nature, le meilleur procédé à suivre pour arriver au diagnostic, c'est de tenter une ponction exploratrice. Si alors on a affaire à un abcès ou à un hyste hydatique, la ponction mettra bien vite sur la voie ; si au contraire elle donne issue à un liquide jaune-citrin, filant, si à ces caractères se joignent l'indolence de la tumeur, son début éloigné, on aura bien des raisons pour penser à une tumeur fibro-plastique avec kystes. C'est le commémoratif d'une ponction ayant donné issue à un liquide analogue à celui que je viens de décrire, qui uni à tous les symptômes généraux m'a permis de porter un diagnostic exact dans le cas dont l'observation est rapportée au n° 11.

Des cas qui pourront être embarrassants seront ceux dans lesquels on se trouvera en présence de ces tumeurs décrites par Velpeau, sous le nom de *kystes hématiques;* or ces kystes, par l'ensemble de leurs caractères négatifs, sont souvent d'un diagnostic obscur. Leur tension, parfois très-grande, qui masque leur fluctuation, leur surface bosselée, leur inégale consistance, les font quelquefois ressembler à des tumeurs fibro-plastiques. Dans des cas sem-

blables, il faudra rechercher avec soin dans les commémoratifs si le malade n'a pas reçu un coup, s'il n'a pas fait une chute, etc.

Les tumeurs solides que l'on peut confondre avec les fibro-plastiques sont assez nombreuses. Ce sont en première ligne les anévrysmes contenant des caillots fibrineux, les lipomes, les enchondromes, les fibromes, les gommes syphilitiques, et enfin le cancer.

Pour distinguer ces tumeurs des anévrysmes, il faudra qu'elles soient placées sur le trajet d'un gros tronc artériel, et alors il faudra faire appel aux commémoratifs, et ici je ne rappellerai pas les signes distinctifs des anévrysmes, je les suppose connus. Ce diagnostic offre quelquefois de la difficulté lorsque la tumeur siége dans le creux poplité, comme cela arrive si souvent pour les deux affections.

Les lipomes peuvent parfaitement bien être confondus avec les fibro-plastiques ; en effet, ils sont lobulés à leur surface, ils se développent lentement, sans déterminer aucun trouble fonctionnel ; ils donnent souvent une fausse sensation de fluctuation ; en un mot l'erreur est très-facile et elle a lieu souvent. Mais il faudra se souvenir que le siége des deux affections est différent ; en effet, les fibro-plastiques ont pour siége de prédilection les membres inférieurs ; les lipomes, au contraire, se développent surtout dans les parties abondamment pourvues de tissu cellulaire, telles qu'à la partie postérieure du cou, dans le dos. Il existe souvent des douleurs dans les fibro-plastiques, il n'y en a généralement pas dans le lipome ; dans certains cas qui ne sont pas rares, alors que les tumeurs siégent derrière l'épaule, le diagnostic est difficile, et il faut avoir bien soin pour arriver à la connaissance exacte de la maladie, de bien interroger le malade sur la marche de l'affection, sur sa santé générale, etc. Il arrivera ainsi parfois qu'on

sera mis sur la voie ; malgré tout cela, on sera encore souvent obligé de rester dans l'incertitude. Quant à l'enchondrome, il ne pourra guère être une cause d'erreur que dans le cas où la tumeur est profondément située et recouverte par des masses musculaires épaisses ; or, dans ce cas, je dois avouer que le doute est permis : on ne connaît en réalité aucun caractère différentiel. Mais, lorsque la tumeur est superficielle, la consistance du fibro-plastique est rarement assez grande pour le confondre avec l'enchondrome.

Il est quelquefois très-difficile de distinguer les tumeurs fibro-plastiques des *fibromes :* développement lent dans les deux cas, pas de réaction sur la santé générale, consistance souvent analogue, etc., tous ces signes se ressemblent et laissent quelquefois dans une grande incertitude, incertitude qui ne porte aucun préjudice au malade, puisque le traitement est le même. Il existe du reste une variété de ces fibromes décrite par M. Bodin, dans sa thèse en 1861, auxquels il a donné le nom de *tumeurs fibreuses péripelviennes*, et qui me paraissent jusqu'à un certain point ne devoir pas être séparées des fibro-plastiques ; elles ont une marche semblable, elles récidivent sur place et sont généralement insérées à l'épine iliaque antéro-supérieure. M. Gosselin les a appelées *fibrome péripelvien iliaque.* Je ne serais pas éloigné de les rapprocher des fibro-plastiques quant à leur marche clinique.

Les *gommes* sont, comme on le sait, des accidents tertiaires de la syphilis ; elles présentent au point de vue histologique une grande ressemblance avec les tumeurs fibro-plastiques. Elles siégent surtout dans les muscles, quoique on puisse les voir dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles ont un siége de prédilection : les muscles du mollet, les sterno-mastoïdien, souvent la partie inférieure de la cuisse ; aussi est-il toujours très-difficile de porter un diagnostic exact entre ces deux espèces de tumeurs ; mais heureuse-

ment on a à sa disposition l'iodure de potassium qui offre un moyen de diagnostic excellent. Abandonnées à elles-mêmes, les gommes se ramollissent, altèrent la peau, et peuvent donner parfois lieu à bien des erreurs qui seraient très-préjudiciables au malade. Il faut avoir soin d'examiner attentivement les commémoratifs.

Nous arrivons enfin au cancer.

Je n'hésite pas à dire ici que dans certains cas le diagnostic offre de sérieuses difficultés; mais elles ne sont cependant pas insurmontables, et je pense qu'on peut parvenir à le faire.

Je répète ici ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire plusieurs fois dans ce travail, c'est que ces deux affections sont complétement différentes; comment, en effet, a-t-on pu vouloir confondre l'une avec l'autre deux affections aussi dissemblables : pour les fibro-plastiques début extrêmement lent; pas de douleur habituellement, pas d'engorgement des ganglions, pas d'altération de la peau, état général excellent, pas toujours de récidive après l'ablation, pas d'envahissement des parties voisines, etc.; je le demande, encore une fois, comment a-t-on pu vouloir confondre ces deux affections ensemble? Si je mets en regard les maladies cancéreuses, je retrouve des caractères habituellement bien tranchés, début remontant beaucoup moins loin, douleurs habituellement vives, engorgement des ganglions; altération de la peau, qui est amincie, sillonnée de veines bleuâtres; après l'ablation récidive certaine, souvent infection générale rapide; affaiblissement de tout le corps, teinte jaune-paille de la figure, envahissement par la tumeur de toutes les parties circonvoisines, tels sont les signes essentiellement distinctifs de ces deux ordres de tumeurs. Si l'on remonte dans les antécédents de famille, on trouve habituellement que l'un des ascendants a succombé

à une affection cancéreuse, ce qui n'a pas lieu pour les tumeurs fibro-plastiques. Il est cependant des cas qui offrent une certaine difficulté, ce sont ceux dans lesquels des tumeurs fibro-plastiques sont le siége de douleurs vives, lancinantes, quand la prolongation de ces douleurs affaiblit le malade, l'empêche de dormir, lui ôte l'appétit, le fait maigrir, etc. ; j'avoue que ces cas sont fort embarrassants ; mais je ne crois cependant pas que le diagnostic soit impossible : il faudra faire appel alors à la marche de la maladie, à l'absence d'engorgement ganglionnaire, à l'intégrité de la peau. Du reste, lorsque la maladie en est arrivée à ce point, que l'on ait affaire à l'une ou à l'autre de ces affections, le traitement est le même, il faut faire l'ablation le plus tôt possible.

Maintenant que nous avons étudié les tumeurs des parties molles dont le diagnostic, avec celles que nous étudions, pourrait offrir quelque difficulté, je vais dire quelques mots du diagnostic des fibro-plastiques du système osseux. Je serai obligé de faire des emprunts à ceux qui ont écrit sur ce sujet, car je l'ai déjà dit, mais je tiens à le répéter, je n'ai pas été en position d'en observer.

Dans les os, la maladie débute quelquefois par des douleurs qui précèdent pendant un certain temps l'apparition de la tumeur, et souvent on est porté à les confondre avec les douleurs syphilitiques, les douleurs rhumatismales.

Dans les cas de douleurs syphilitiques, il est rare que l'on ne soit pas mis sur la voie par les antécédents du malade, ou bien qu'il n'y ait pas sur le corps quelque autre manifestation de la syphilis ; enfin l'on a à sa disposition le mercure et l'iodure de potassium, avec lesquels on peut toucher le malade pour juger la question.

Quant aux douleurs qui sont de nature rhumatismale, on peut être mis sur la voie par leur marche qui varie en gé-

néral dans les changements de temps; l'individu a des antécédents de rhumatisme soit chez lui, soit dans sa famille. Cependant il est des cas où l'erreur est facile à commettre dans le commencement, mais l'apparition de la tumeur vient bientôt enlever le doute.

La tumeur à son apparition peut être dure ou molle. Dans le premier cas on pourra la confondre avec une exostose, une tumeur à myéloplaxe ou un kyste des os.

Les exostoses naissent habituellement sous l'influence de la syphilis; les douleurs caractéristiques et le traitement spécifique éclaireront le diagnostic.

Les tumeurs à myéloplaxes intra-osseuses et les kystes des os peuvent être facilement confondus avec les tumeurs fibro-plastiques dures des os. Mais habituellement, surtout lorsque la maladie a duré un certain temps, on observe dans les tumeurs à myéloplaxes et dans les kystes un bruit de parchemin, ce qu'on ne rencontre pas dans les tumeurs fibro-plastiques.

Lorsque la tumeur est molle dès son apparition, elle peut être prise pour une tumeur périostique ou une tumeur des parties molles. Leur adhérence intime à l'os suffit pour les faire distinguer de celles qui siégent dans les parties molles.

Quelquefois cependant ces tumeurs des parties molles paraissent adhérer à l'os et ne peuvent pas être facilement distinguées de celles qui siégent dans l'os même. Le chirurgien, dans un cas comme celui-ci, doit entreprendre l'opération comme s'il avait à enlever une tumeur des parties molles, quitte à changer plus tard sa ligne de conduite lorsqu'il aura reconnu que la tumeur tient à l'os et faire alors une amputation ou une résection suivant les cas.

Les tumeurs à myéloplaxes sont souvent confondues avec les fibro-plastiques. Pour les distinguer, on se souviendra

que la consistance des fibro-plastiques est élastique, que leur marche est généralement moins rapide ; enfin, lorsque la tumeur est superficielle, et que la substance morbide n'est séparée de l'extérieur que par la peau ou une muqueuse, on a alors un signe d'une grande valeur pour leur distinction. Ce signe est la coloration rouge ou rouge-brun si fréquente dans les tumeurs à myéloplaxes.

ÉTIOLOGIE.

On peut voir les tumeurs fibro-plastiques à tous les âges de la vie ; j'ai lu dans les Bulletins de la Société anatomique, 1855, l'observation d'un enfant de 3 jours auquel M. Nélaton avait fait l'amputation de la jambe gauche pour une tumeur fibro-plastique qui siégeait à la plante du pied. L'enfant guérit parfaitement.

Des cas semblables sont très-rares, le plus habituellement on voit ces tumeurs chez les individus adultes entre 25 et 50 ans ; parmi les observations que j'ai lues, les hommes m'ont paru être un peu plus sujets à cette affection que les femmes.

J'ai étudié le siége de ces tumeurs à propos de l'anatomie pathologique ; je n'y reviendrai donc pas ; je me contenterai de faire remarquer qu'elles se développent plutôt autour des articulations que dans la continuité des membres.

On ne peut la plupart du temps leur assigner une origine certaine ; quelques auteurs disent qu'elles paraissent venir à la suite de contusions ou de pressions répétées ; mais il faut, sous ce point de vue, prendre garde de s'en laisser imposer par les malades. On sait en effet la propension qu'ils ont à rapporter à une contusion plus ou moins éloignée, à un coup, à une chute, les différentes tumeurs qui peuvent se développer à la surface de leur corps.

Quelques auteurs disent avoir remarqué que les contusions répétées, lentes, prédisposaient plus que les chocs brusques au développement de ces tumeurs.

On voit d'après ce court exposé que nos connaissances sur leur étiologie est très-bornée. Du reste, il faut bien avouer qu'il en est à peu près de même partout en pathologie, et ne sait-on pas que l'étude des causes est peut-être une des choses les plus difficiles à élucider dans l'histoire des maladies.

PRONOSTIC.

Ces tumeurs sont toujours très-graves, et elles sont graves, non-seulement par leur repullulation après qu'elles ont été enlevées, par leur généralisation possible, mais encore par les opérations qui leur sont applicables, opérations qui sont souvent très-dangereuses et qui entraînent souvent la perte du membre affecté.

Cependant on ne peut se dissimuler qu'elles offrent une bénignité relative. Ne sait-on pas en effet qu'elles restent quelquefois très-longtemps dans l'organisme sans déterminer aucun symptôme fâcheux? d'un autre côté quand elles sont un peu superficiellement placées et que l'on n'a pas à craindre d'intéresser, en les enlevant, les vaisseaux ou les articulations, elles empruntent à ces caractères un pronostic assez bénin.

Il est bien remarquable de voir persister un état de santé générale très-satisfaisant chez les individus qui portent ces tumeurs quand bien même ils ont été opérés plusieurs fois; les observations 1 et 4 sont un bel exemple de cette bénignité relative. Quelle différence avec le cancer qui est toujours suivi tôt ou tard de généralisation, tandis que nos tumeurs se généralisent quelquefois il est vrai, mais rare-

ment, et quelles repullulent essentiellement sur place, ce qui constitue un grand caractère différentiel.

TRAITEMENT.

J'aborde en ce moment un chapitre extrêmement intéressant de l'histoire des tumeurs fibro-plastiques : il s'agit de traitement, et je suis d'autant plus à même pour l'écrire que je ne ferai aucun emprunt aux autres, les cas que j'ai vus me suffiront je l'espère.

Il n'y a pas de traitement médical à leur opposer; dans quelques circonstances, lorsque l'on a quelques doutes sur la nature d'une tumeur que l'on soupçonne être fibro-plastique, on peut administrer l'iodure de potassium et le mercure, de cette manière on est quelquefois fixé rapidement sur la nature intime de l'affection. Hormis ces cas, c'est à l'instrument tranchant ou aux caustiques qu'il faut avoir recours.

Mais auparavant je vais poser une question que je ferai en sorte de résoudre catégoriquement.

Faut-il toujours traiter une tumeur fibro-plastique, en faire l'ablation ? Il est bien entendu qu'ici je ne veux pas parler de ces cas où le malade est dans un état de faiblesse et de débilité extrêmes, où il est sous le coup d'une autre maladie qui n'a aucune liaison avec les tumeurs que nous étudions et qui doit l'emporter bientôt; je laisse cette question de côté, le chirurgien saura parfaitement ce qu'il a à faire dans des cas de ce genre. Je demande seulement si un malade qui ne porte que sa tumeur fibro-plastique devra être opéré dans tous les cas. Eh bien, je crois devoir répondre par la négative à cette question. Je m'explique : J'ai dit plus haut que l'ablation de ces productions morbides n'était pas toujours sans danger et qu'elle exposait

même souvent à des accidents terribles, or on se trouve en présence d'un individu qui jouit d'une excellente santé d'ailleurs, qui porte à un membre une tumeur fibro-plastique indolente, et qui ne le gêne un peu que par son poids, je dis que cet homme ne doit pas être opéré.

Mais ce n'est pas la partie la plus importante de la question que je pose en ce moment :

Pour préciser davantage, je vais rapporter en deux mots l'histoire d'une malade dont M. Gosselin m'a parlé bien souvent : cette malade porte, dans le creux du jarret et profondément située, une tumeur fibro-plastique assez volumineuse ; pendant un certain temps elle n'a fait éprouver aucune douleur à la malade et ne lui a apporté qu'un peu de gêne dans les mouvements. Elle a fini cependant par éprouver quelques douleurs dans la partie malade, et M. Gosselin me disait tout dernièrement que cette femme qui, jusque-là, avait conservé un bon état de santé générale, lui avait paru perdre un peu de son embonpoint et avoir pâli la dernière fois qu'il la vit. Eh bien ! cependant, il hésite encore à opérer cette malade, et je crois que c'est une conduite sage et prudente ; en effet, il s'agit d'une jeune femme de 28 à 30 ans, qui s'est toujours bien portée jusqu'ici, qui peut encore aller assez bien à ses affaires ; M. Gosselin n'avait remarqué aucun trouble général dans l'état de sa santé avant la dernière fois qu'il l'a vue ; enfin la tumeur est profondément située, elle est peut-être adhérente à la capsule de l'articulation fémoro-tibiale, ce qui occasionnerait alors une amputation de la cuisse, tous ces signes l'ont engagée à reculer jusqu'ici l'opération. Ainsi l'indication me paraît posée d'une façon bien formelle : ne pas toucher à ces tumeurs tant qu'elles sont indolentes, tant qu'elles n'apportent pas une très-grande gêne dans les occupations des malades, tant qu'elles ne menacent pas de

prendre un accroissement trop considérable ; dans ce cas l'expectation sera de beaucoup préférable à une ablation qui peut être suivie d'une amputation nécessaire ou qui, si elle a réussi, commence pour le malade une série de récidives et d'opérations qui finissent par causer le tourment de sa vie et qui l'emportent même un jour épuisé par ses souffrances.

Je repousse donc formellement les conclusions d'une thèse de M. de Lorde, présentée en 1863, et dans laquelle l'auteur conseille d'enlever prématurément ces tumeurs.

On se décidera donc à l'ablation de la production morbide dans les cas que j'ai spécifiés plus haut, c'est-à-dire quand il y a accroissement rapide de la tumeur, gêne considérable et douleurs vives, altération de la santé générale, etc. Le plus souvent la tumeur est trop profondément placée pour que l'on se hasarde à employer les caustiques, aussi dans la plupart des cas le bistouri est-il préférable.

Il est cependant une précaution importante à prendre sur laquelle je dois insister, car elle se présente très-souvent dans la pratique : lorsque la tumeur est située auprès d'une articulation, comme au genou ou bien au coude, et ces cas sont fréquents, il faut avoir bien soin, avant de commencer l'opération, d'avertir le malade que dans le cas où la production morbide sera adhérente à la capsule articulaire, et par conséquent ne pourra pas être enlevée sans ouvrir l'articulation, il faudra l'avertir, dis-je, que l'on pratiquera séance tenante l'amputation ; c'est une cruelle alternative, cela est vrai, mais il n'y a pas à hésiter.

On fait à la surface de la tumeur une incision qui varie suivant une foule de circonstances, puis, lorsqu'on a disséqué les lambeaux de peau on met le bistouri de côté et on cherche à énucléer la tumeur avec les doigts ; il n'est pas

rare qu'on puisse y arriver en vertu de la disposition en kystée qu'elles présentent et sur laquelle j'ai appelé plus haut l'attention. Il faut agir surtout avec les doigts, car on se trouve auprès de gros troncs nerveux et vaisseaux importants qu'il s'agit avant tout de ménager. Ces précautions sont bien importantes à prendre, j'en ai encore eu un exemple bien remarquable dans un cas de tumeur du coude opérée tout dernièrement par M. Gosselin, tumeur dont l'observation est rapportée au n° 12. La plaie se panse comme toutes les autres plaies.

S'il se fait une récidive sur place, il faut agir comme on l'a déjà fait.

CONCLUSIONS.

J'ai ainsi terminé la tâche que je m'étais proposée. En relisant mon travail, j'ai regretté de le voir aussi incomplet. Plus j'avançais dans cette étude, et plus j'aurais désiré pouvoir y consacrer plus de temps ; il en est toujours ainsi du reste en médecine, des sujets que l'on approfondit un peu; plus on les étudie, et plus on leur trouve de charmes, de telle sorte qu'on les quitte avec peine, et que l'on regrette de s'en séparer. C'est un sentiment que j'ai éprouvé, je l'avoue, aussi j'espère bien revenir un jour sur les tumeurs fibro-plastiques, et peut-être alors pourrai-je les étudier d'une façon plus étendue, et faire un travail qui sera plus profitable à ceux qui voudront bien me lire.

Je crois avoir prouvé que les tumeurs fibro-plastiques présentent des caractères non-seulement anatomiques, mais encore et surtout cliniques, qui les différencient complétement du cancer, et que c'est à tort qu'elles sont encore aujourd'hui rangées sur le même rang par quelques chirurgiens, c'est une erreur contre laquelle protestent hautement

l'anatomie pathologique et l'étude de cette affection au lit du malade, cette dernière en particulier, car je tiens à rappeler, en terminant, que c'est à ce point de vue que je me suis surtout placé.

En conséquence, je crois pouvoir dire :

1° Que les tumeurs fibro-plastiques et les cancers constituent deux affections très-différentes au point de vue clinique.

2° Que l'existence d'une tumeur fibro-plastique dans un point quelconque de l'économie est dans un grand nombre de cas compatible avec un état de santé excellent.

3° Qu'il faut bien se garder d'opérer ces tumeurs lorsqu'elles ne retentissent pas d'une manière trop fâcheuse sur l'ensemble de l'organisme.

4° Que dans un certain nombre de cas, l'opération se fait assez facilement, ces tumeurs se laissant énucléer avec les doigts, mais que le plus souvent l'opération est laborieuse et qu'elle entraîne quelquefois l'amputation séance tenante du membre affecté.

5° Que dans la grande majorité des cas, on les voit repulluler sur place, quoique dans certaines circonstances cette récidive n'ait pas lieu.

6° Enfin que dans des cas plus rares, l'ablation est suivie de généralisation de la maladie, et enfin de mort.

OBSERVATION Ire.

Tumeur fibro-plastique de la partie supérieure de la cuisse gauche; récidive sur place; trois opérations après récidive sur place; conservation d'un bon état de santé général.

La nommée G..... (Céleste), femme B....., âgée de 39 ans, lingère, entre à Beaujon, dans le service de M. Gosselin, le 24 décembre 1859. Elle présente, à la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche, une tumeur considérable et extrêmement douloureuse.

Depuis très-longtemps, quinze ans environ, elle souffre dans cette région. En 1855, elle est entrée dans le même service pour des douleurs que l'on a traitées comme des douleurs ostéocopes; à cette époque, elle présentait à la partie supérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, qui, sous l'influence de l'iodure de potassium, disparut presque complétement au bout de quelques semaines. Cette tumeur était très-douloureuse, et quoique considérablement diminuée, elle fit encore souffrir la malade pendant plusieurs mois.

Au bout de janvier de cette année, elle s'aperçut qu'une nouvelle tumeur venait faire saillie à la région crurale antérieure gauche. Un médecin consulté par elle la soumit à l'iodure de potassium, qn'elle prit pendant sept mois consécutifs. Cette médication n'arrêta nullement la marche de l'affection, et, il y a deux mois, la tumeur passait de la grosseur d'une noix, qu'elle avait auparavant, à celle d'un gros œuf de dinde. Les douleurs s'accroissent tous les jours, et les calmants de toute sorte sont inefficaces. Peau saine à la surface.

État général excellent; elle n'a pas maigri, n'a pas perdu l'appétit; elle offre toutes les apparences d'un embonpoint considérable.

La tumeur fut enlevée le 26 décembre 1859; elle n'avait aucune adhérence vers les parties circonvoisines et put être énucléée facilement avec les doigts. A l'œil nu elle offrait l'aspect encéphaloïde sans kyste, et au microscope elle était constituée par des éléments fibro-plastiques nombreux.

La malade guérit parfaitement. Elle revint le 4 avril 1860 à la consultation : la cicatrice offrait une sensibilité excessive à la moindre pression, sensibilité tout à fait analogue à celle dont la tumeur était le siége avant l'opération.

Elle se décide à rentrer dans le service de M. Gosselin, le 18 avril 1861.

La malade a remarqué vers le milieu du mois de novembre 1860 que la tumeur se reproduisait, et elle vient aujourd'hui réclamer une nouvelle opération, qui ne fut pas pratiquée à cause du grand nombre d'érysipèles qui régnaient alors dans les salles.

Elle revient aujourd'hui, 14 juin 1861. La tumeur a triplé de volume depuis le mois d'avril; elle s'est étendue beaucoup vers l'artère crurale, qu'elle recouvre, mais à laquelle elle ne semble point adhérer; comme la première fois elle est parfaitement mobile, elle est peu douloureuse, sauf toutefois dans un point limité de la cicatrice, où la moindre pression, le simple frottement de la chemise excitent des douleurs vives et semblables à celles dont la première tumeur était le siége, précisément au même endroit. La peau qui la recouvre est saine, non adhérente, les veines sous-cutanées sont notablement dilatées. Ajoutons que la tumeur est, comme la première fois, le siége de douleurs spontanées qui reviennent à intervalles irréguliers par accès de deux à trois heures; ces douleurs s'irradient jusqu'au genou.

L'opération fut pratiquée le lundi 17 juin; la tumeur, recouverte par l'aponévrose crurale, reposant sur les muscles de la cuisse, est composée par une vaste poche kystique à parois épaisses, assez lisse à l'extérieur, mais fongueuse et tomenteuse à l'intérieur et simulant une masse encéphaloïde. Le kyste, ouvert par le premier coup de bistouri, a donné issue à une grande quantité de liquide sanguin.

Samedi 13 juillet, la malade retourne chez elle; la cicatrisation est presque complète.

En 1864, cette malade revint de nouveau dans le service de M. Gosselin, à la Pitié. Elle portait alors à la cuisse gauche une tumeur grosse comme une noisette, mais très-douloureuse et placée à la partie inférieure de la cicatrice résultant des deux premières ablations, en 1859 et 1861.

Nouvelle ablation. Guérison. Sortie le 25 juin 1864.

Plusieurs fois j'ai vu depuis cette malade, qui venait à la consultation de M. Gosselin, et chaque fois j'ai été frappé de l'état de santé florissante dans lequel elle se trouvait. M. Gosselin ne manquait jamais de faire remarquer aux assistants l'intégrité de la santé générale de cette malade. En 1865 encore je la vis : elle se portait très-bien, n'éprouvant aucune douleur; jamais en un mot on n'aurait pensé que cette malade avait subi trois opérations pour la même affection qui avait récidivé.

OBSERVATION II.

Ostéosarcome fibro-plastique de la clavicule droite, développé probablement dans un cal; ablation. Guérison.

C..... (Pierre), âgé de 38 ans, aiguilleur sur un chemin de fer, entre à Beaujon le 27 juillet 1861, dans le service de M. Gosselin, pour une tumeur développée au niveau de la clavicule droite.

Cet homme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui nous l'amène aujourd'hui, pas d'antécédents syphilitiques, pas d'antécédents cancéreux dans sa famille.

Il y a quinze mois, il n'avait, nous dit-il, aucune douleur ni aucun gonflement de la clavicule lorsque, faisant un effort, en avril 1860, il entendit un craquement et ressentit une douleur au niveau de la clavicule.

M. Giboin, consulté, lui mit un bandage en lui disant qu'il avait une fracture de la clavicule. Quand, au bout d'un mois et demi, on enleva ce bandage, le malade vit, à l'extrémité interne de la clavicule, une petite tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur ne le faisait pas souffrir, ne le gênait pas pour son travail, il ne s'en inquiéta pas, d'autant plus que pendant un an elle resta complétement stationnaire. Ce n'est que depuis un mois que le malade vit grossir sa tumeur, en même temps qu'elle devint le siége de douleurs spontanées augmentant à la pression et s'irradiant dans tout le bras droit.

18 juillet. Aujourd'hui on constate au niveau de la partie interne de la clavicule droite une tumeur du volume d'une petite orange, irrégulièrement arrondie, légèrement bosselée à sa surface, sans

changement de couleur à la peau, qui est mobile sur elle; non pulsatile. Cette tumeur, confondue avec la clavicule, remonte à 1 centimètre environ au-dessus de cet os et descend en bas jusqu'au niveau du cartilage de la troisième côte, transversalement elle est étendue de la partie moyenne de la clavicule à son extrémité interne, qu'elle déborde jusqu'à la rencontre du faisceau sternal du sterno-mastoïdien. Elle s'enfonce assez profondément en arrière, où on la sent facilement avec les doigts jusqu'à la trachée.

Sa consistance n'est pas la même dans tous ses points : tandis que en haut et en dedans elle est très-dure, elle l'est moins dans sa partie inférieure, où elle donne au doigt qui la presse la sensation élastique que donnerait le tissu cartilagineux.

État général excellent. Les douleurs qui avaient paru il y a un mois n'existent plus aujourd'hui. La trachée n'est pas déviée de sa position normale, elle n'est pas comprimée par la tumeur et est toujours mobile.

28 août. Le malade fut endormi avec le chloroforme; ablation de la tumeur qui, mise à nu par une incision transversale et deux verticales, est énucléée tant avec les doigts qu'avec le bistouri, puis la clavicule est sciée à sa partie moyenne avec une scie à chaîne. La plus grande partie de la tumeurs est enlevée sans trop de difficultés, tandis qu'une petite portion, située en dedans, fut très-difficile à détacher; une portion même de la tumeur qui paraissait adhérente au tronc veineux brachio-céphalique gauche a été laissée en place.

Cette tumeur une fois enlevée paraît plus molle qu'on ne l'avait pensé avant l'opération. M. Péan, qui l'examine au microscope, reconnaît qu'elle est formée par du tissu fibro-plastique (cellules fusiformes avec nombreux noyaux disséminés). Il n'y a pas d'éléments cartilagineux.

A l'œil nu, la tumeur, coupée en deux, est grise, peu vasculaire, et entoure comme un cylindre la plus grande portion de la clavicule dont la continuité osseuse nous paraît cependant interrompue au voisinage de l'extrémité interne. La tumeur, pressée et grattée avec le scalpel, ne donne pas de suc.

Le canal médullaire de l'os, jusqu'au niveau même du point de la section, est rempli par une matière grise, analogue à celle qui forme la masse principale, et se continue même sans interruption avec cette

dernière au niveau de ce point où la substance osseuse manque, probablement à cause de la fracture non consolidée.

OBSERVATION III.

Tumeur fibro-plastique, cylindroïde et allongée, de la partie interne du genou gauche; ablation. Guérison.

Le nommé M....., âgé de 33 ans, employé, entre chez M. Gosselin, à la Pitié, salle Saint-Jean, le 3 décembre 1862.

Cet homme, quoique d'une taille élevée, paraît être d'une constitution assez délicate; il s'est toujours bien porté, dit-il, excepté depuis trois semaines qu'il a un peu pâli et maigri, ce qu'il attribue à un surcroît d'ouvrage qu'il a eu depuis un mois.

Il n'a jamais fait de maladie; il a eu deux bubons qu'il croit vénériens; ses antécédents de famille sont très-bons; il a encore tous ses parents.

Cet homme raconte que, il y a deux ans, il s'aperçut qu'il avait en dedans du genou gauche une petite grosseur du volume d'un pois environ; elle ne lui causait aucune douleur, il la vit par hasard.

Cette tumeur s'accrut lentement pendant une année lorsque, il y a dix à onze mois environ, elle prit subitement un accroissement rapide tout en restant indolente, et présenta bientôt le volume que nous lui voyons aujourd'hui. Cet homme n'avait remarqué aucune altération dans sa santé et avait continué ses travaux comme auparavant.

Samedi dernier, 30 septembre, il commença pour la première fois à ressentir dans cette partie des douleurs assez violentes, douleurs aiguës et que le malade compare à des coups de lancette. Le soir, en retirant le linge qui l'enveloppait, le sommet de la tumeur était excorié et donna issue à une assez grande quantité de sang. A partir de ce moment, la tumeur, excoriée à son sommet, commença à suppurer, et le malade ressentit presque constamment les douleurs lancinantes dont nous avons parlé plus haut, et qui sont quelquefois assez vives pour l'empêcher de dormir la nuit.

A la visite du 4 décembre, voici ce que l'on constate : à la partie interne du genou gauche, au niveau de la partie moyenne du con-

dyle interne du fémur, s'élève, perpendiculairement à la surface sur laquelle elle est implantée, une tumeur cylindroïde ressemblant à un pénis, et présentant une hauteur de 5 à 6 centimètres sur 2 à 3 environ de diamètre. Cette tumeur est excoriée à sa partie supérieure, qui présente un aspect fongueux inégal et rougeâtre ; elle est recouverte sur le reste de son étendue par de la peau présentant une coloration rougeâtre et qui lui est intimement adhérente par sa face profonde. Le pédicule de la tumeur ne présente pas de rétrécissement, il est remarquable par son peu d'adhérence aux parties sous-jacentes et par la facilité avec laquelle on le fait glisser de tous les côtés.

La palpation fait constater que cette partie de la tumeur est molle et n'offre que peu de résistance ; les autres points au contraire présentent une consistance modérée qui n'est ni la dureté de l'enchondrome ni la mollesse du kyste. Elle est très-douloureuse à la pression, excepté pourtant au niveau de son pédicule. Les ganglions de l'aine gauche sont légèrement hypertrophiés sans cependant être douloureux.

Ablation de la tumeur.

Examen anatomique. — Abandonnée immédiatement pendant quelques minutes dans une compressse, cette tumeur a laissé écouler une faible quantité de sang. Elle ne paraît pas avoir perdu de ses dimensions; aucun des lobules qu'on remarque sur la section de la base n'a été intéressé par le bistouri ; l'extraction a donc été complète.

La coupe suivant son grand diamètre la montre formée par une série de lobules. Ces lobules sont séparés les uns des autres par un stroma fibro-vasculaire peu abondant qui se continue directement avec les couches profondes du derme aminci. Une substance gélatineuse translucide et entremêlée de tractus blanchâtres constitue ces lobules. Leur volume varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix. Toute cette masse renferme peu de vaisseaux. Pourtant, en un point voisin de la base de la tumeur, la vascularisation est assez abondante, on y distingue quelques taches ecchymotiques.

En raclant avec un scalpel la surface de section, on n'obtient pas de suc, mais on enlève une certaine quantité de matière colloïde épaisse et transparente.

Au microscope, le stroma est formé par des faisceaux irréguliers

de tissu conjonctif reliés par quelques fibres élastiques; on y rencontre aussi des vaisseaux sanguins de petit calibre. On trouve dans les lobules des éléments analogues; seulement le tissu élastique y prédomine et les mailles qu'il forme contiennent la substance gélatineuse dont il a été question. Cette substance, examinée à l'aide de plusieurs grossissements et sans le secours d'aucun réactif, ne paraît pas contenir d'éléments anatomiques bien distincts. Mais en la malaxant avec un peu d'eau et une faible proportion d'acide chromique, on colore les cellules et les noyaux, et on peut alors distinguer d'une manière très-nette des cellules et de nombreux noyaux libres.

De ces cellules, les unes appartiennent à la variété fibro-plastique, tandis que les autres sont variées de formes et de dimensions; certaines d'entre elles renferment des noyaux multiples. Quant aux noyaux, on ne saurait voir une polymorphie plus évidente. Les uns sont régulièrement ovoïdes (fibro-plastiques), les autres sont sphériques, réguliers ou irréguliers. Le volume de ces noyaux est celui des globules sanguins.

Le 24 décembre le malade sort guéri.

OBSERVATION IV.

L'observation qui suit n'ayant pas été complétement recueillie, je ne peux en donner qu'un aperçu provenant des statistiques de M. Gosselin.

Femme de 54 ans, sans profession, entrée à la Pitié le 26 janvier 1863, pour une tumeur fibro-plastique volumineuse située à la partie antérieure de la cuisse droite. Ablation, guérison. Sortie le 25 mars.

Cette malade rentre chez M. Gosselin deux ans après, le 3 avril 1865. Elle portait une tumeur fibro-plastique plus grosse que le poing, sans adhérences à la partie moyenne et interne de la cuisse droite, récidivante sur place. Conservation d'un bon état général.

Ablation le 10 avril 1865. Erysipèle consécutif, mort le 1er mai.

OBSERVATION V.

Tumeur fibro-plastique du pli du jarret; extirpation une première fois; récidive sur place; amputation de la cuisse. Guérison.

Anne C....., 40 ans, blanchisseuse, entrée à la Pitié le 7 décembre 1864.

D'une bonne santé habituelle. Bons antécédents de famille.

La première apparition de la tumeur que porte la malade à la région interne et postérieure du genou gauche eut lieu en 1852, à l'époque où elle eut son dernier enfant (cinq grossesses) environ deux mois avant l'accouchement, il y a donc douze ans.

Elle éprouvait de grandes douleurs localisées vers la partie interne du genou; la partie malade était tuméfiée, chaude, rouge.

Au bout de cinq mois, sa tumeur fut aussi volumineuse qu'elle l'est actuellement. Bientôt la peau se ramollit et se perfora en un point, que la malade signale à la partie moyenne de sa tumeur; il s'en écoula une certaine quantité de pus. La tumeur avait alors diminué de volume de façon à n'avoir plus que la grosseur du poing. Elle recommença bientôt à marcher comme auparavant, et eut une santé excellente durant douze années, pendant lesquelles sa tumeur ne conserva pas plus que la grosseur du poing.

En juin dernier, après avoir éprouvé d'assez violentes fatigues, sa jambe recommença à la faire boiter. Dans ce même mois de juin, la tumeur grossit beaucoup et reprit le volume qu'elle présente actuellement; mais il n'y eut pas de douleurs, et elle continua à vaquer à ses occupations comme auparavant.

Ce n'est qu'il y a trois semaines, que les douleurs sont revenues, sans augmentation dans le volume de la tumeur et sans cause connue.

État actuel de la tumeur. — Douleurs vives, spontanées, augmentant beaucoup quand la malade remue; gêne dans les mouvements de l'articulation; la jambe est forcément ployée à angle droit et ne peut être étendue. A l'œil, saillie grosse comme trois poings, uniformément arrondie, peau légèrement teintée en bleu; elle n'est pas bosselée. A la main, c'est une tumeur mobile que l'on déplace aisément sur les parties profondes, de manière à éloigner l'idée de connexions avec le fémur ou avec le tibia, sans exclure, toutefois, l'union avec les tendons du jarret ou la synoviale du genou.

La consistance est assez molle en avant; en arrière et en dedans, la masse présente plus de dureté. Il y a sensation de fluctuation en avant, mais sensation due à un liquide très-dense.

La peau est partout mobile sur la tumeur.

La ponction, avec un trocart, faite dans la partie la plus saillante de la tumeur, donne issue à un liquide citrin, transparent et visqueux.

Incision cruciale, puis dissection ; une grande partie de la tumeur stimulée facilement avec les doigts. Restait une seconde masse plus petite, mais bien plus solidement fixée aux parties avoisinantes, et comme enchevêtrée dans les fibres du muscle couturier dont on est obligé de couper une courte portion.

L'examen anatomique, fait sur une coupe de la tumeur, fait voir dans cette portion qui, sur la malade, nous avait semblé assez dure, une grande quantité de matière d'un blanc grisâtre, très-vascularisée, en tout semblable à de l'encéphaloïde ; en différents endroits, du tissu fibreux et des amas de matière colloïde.

La petite masse, enlevée en second lieu, contenait exclusivement du tissu fibreux ; pas de trace de suc par le grattage avec le scalpel.

Examen microscopique. — M. Polaillon reconnut l'existence de tous les éléments qui caractérisent le tissu fibro-plastique : peu de graisse, un certain nombre de cellules fusiformes et des noyaux libres embryo-plastiques. Quant à la petite masse dure, enchevêtrée dans les fibres du couturier, elle ne renfermait que des éléments de tissu fibreux, mélangés à de rares cellules très-allongées.

Le 12 janvier 1865, la malade sort guérie.

La malade revint vers le mois de mars 1865, marchant encore avec des béquilles ; plaie cicatrisée, pas d'apparence de récidive, elle n'avait encore pu retrouver la longueur normale de son membre ; état de santé excellent.

Le 20 janvier 1866, la malade rentra à la Pitié. Faiblesse extrême ; figure très-amaigrie ; ses traits expriment la souffrance ; en effet, depuis trois mois, elle a été reprise de douleurs atroces. C'est en avril 1865, qu'elle aperçut une petite grosseur siégeant un peu plus bas que la cicatrice qui résulte de la première opération. Cette tumeur prit la forme d'un champignon qui, grossissant peu à peu, finit par s'ulcérer, et prit, en peu de temps, des dimensions énormes. Tout mouvement de la jambe était impossible. La tumeur présentait, à sa surface, une ulcération assez étendue ; elle était couverte de bourgeons bleuâtres qui laissaient suinter un liquide ichoreux d'une fétidité insupportable.

Diamètre transversal, 27 centimètres.

Circonférence, 62 centimètres.

Comme la première fois, la tumeur se laisse déplacer dans tous les

sens. *Les ganglions correspondants de l'aine ne sont ni indurés, ni douloureux à la pression.*

M. Gosselin, craignant qu'une nouvelle ablation ne soit suivie d'une nouvelle récidive, plus rapide encore que la première fois, se décide à faire l'amputation de la cuisse.

En examinant la pièce, on reconnut que la tumeur ne présentait aucune adhérence avec la synoviale. Incisée, on reconnaît qu'elle est d'un blanc grisâtre, d'une consistance gélatineuse, friable, mollasse, présentant à l'œil nu l'aspect encéphaloïde; on ne voit pas, cependant, les vaisseaux nombreux qui caractérisent les tumeurs de cette nature. On y trouve, en outre, un kyste de la grosseur d'un petit œuf rempli d'une sérosité jaunâtre avec un peu de matière gélatineuse.

A l'examen microscopique, on trouve des cellules fusiformes et des noyaux embryo-plastiques.

Guérison parfaite.

OBSERVATION VI.

La nommée L....., âgée de 36 ans, frangeuse, entrée à la Pitié, le 18 janvier 1865.

Cette malade portait une tumeur fibro-plastique de l'épaule droite, opérée déjà trois fois par Gerdy, et ayant récidivé trois fois dans la même cicatrice, opérée une quatrième fois par M. Gosselin.

Conservation d'un état général excellent. Pas d'engorgement ganglionnaire.

La tumeur, examinée au microscope par M. Nicaise, était formée de noyaux et de cellules embryo-plastiques.

L'opération fut suivie d'érysipèle grave et de la mort de la malade, le 17 février.

OBSERVATION VII.

La nommée F....., âgée de 34 ans, lingère, entre à la Pitié, le 8 mai 1865, pour une tumeur fibro-plastique située à la partie antérieure et supérieure de la jambe droite sans adhérences au tibia (avec épanchements sanguins).

Opérée le 9 mai avec des flèches caustiques. Le 26 mai, chute de l'eschare. Sortie après guérison, le 3 juillet, avec quelques douleurs persistantes.

OBSERVATION VIII.

Tumeur fibro-plastique colloïde, volumineuse, du creux du jarret; ablation ; hémorrhagie consécutive par ulcération de l'artère. Mort.

Le nommé J....., tailleur, entre à la Pitié le 13 mars 1865. 35 ans.

Il n'a jamais fait de maladies. Bons antécédents de famille.

Le 15 mai 1864, il ressentit dans le creux poplité droit une douleur subite qu'il compare à un pincement. Peu de jours après, il constata l'existence d'une petite tumeur dans le même endroit. Bientôt cette tumeur grossit de plus en plus sans lui faire éprouver de douleur; elle le gênait un peu par son volume. Cautères, vésicatoires, rien ne la fit diminuer. En février 1865, M. Nélaton lui offre de lui amputer la cuisse.

Il n'y consent pas d'abord, mais, effrayé de voir les progrès rapides que fait sa maladie, il se décide à entrer à la Pitié dans le service de M. Gosselin.

Etat actuel. — Son état général est bon; il n'a pas maigri, il a conservé ses forces, sa physionomie n'est pas altérée, il mange bien et dort bien.

On trouve une tumeur ovoïde située à la partie postéro-inférieure de la cuisse. Cette masse s'étend surtout vers la partie interne, de consistance inégale, elle présente des bosselures nombreuses; vers la partie inférieure, on a la sensation de fluctuation.

Sa hauteur est de 24 centimètres. La circonférence de la cuisse, au point où la tumeur a le plus de développement, égale 66 centimètres.

La peau qui la recouvre ne présente avec elle aucune adhérence; les veines superficielles ont pris un développement considérable. La jambe et le pied sont légèrement œdématiés; la sensibilité de ces parties n'est nullement modifiée.

Mobilité de la tumeur à sa partie profonde.

Le 25 mars, ablation. La partie supérieure et externe s'énuclée

assez facilement, mais on ne peut extraire ce qui en reste, particulièrement à la partie inférieure, qu'après l'excision avec les ciseaux de quelques brides de tissu cellulaire. Les vaisseaux poplités, refoulés par la tumeur, sont complétement oblitérés, la circulation se fait par des artères collatérales. Les deux bouts de l'artère et de la veine sont liés au-dessus et au-dessous. Pas d'adhérences à la capsule articulaire.

En disséquant la tumeur, on la trouve lobulée; une coque fibreuse assez résistante l'enveloppe de toutes parts, et envoie des prolongements à l'intérieur; couleur rougeâtre à l'extérieur, et jaune par places. Poids, 3 kilogrammes.

A la coupe, on trouve des lobes d'un jaune pâle, opaques, d'autres sont transparents. Beaucoup de lobes ressemblent à de la matière gélatineuse colloïde.

Par places, le tissu est infiltré de sang, et coloré plus ou moins fortement en rouge.

Examen microscopique fait par M. Nicaise. — La masse est formée par une substance intercellulaire abondante, transparente, présentant un aspect strié fibrillaire.

Quelques noyaux embryoplastiques, granuleux, rares, de volume variable. On trouve aussi des noyaux de même nature plus volumineux et remplis de granulations graisseuses, abondantes. Ces noyaux constituent l'élément prédominant de la tumeur. On trouve quelques cellules fusiformes et une assez grande quantité de substance colloïde.

Les suites de l'opération furent d'abord très-heureuses, et le malade reprenait des forces, lorsque, le 6 avril, il mourut d'une syncope à la suite d'une hémorrhagie considérable qui s'était faite par une ulcération de la fémorale, non loin de la ligature.

Le malade, nous avons omis de le dire, portait un ganglion engorgé dans l'aine du côté malade. A l'autopsie, ce ganglion fut examiné, et on ne rencontra dans son tissu aucun des éléments que l'on avait trouvés dans la tumeur du creux poplité.

On trouva dans l'artère une ulcération tout près de la ligature, ulcération qui avait causé l'hémorrhagie.

OBSERVATION IX.

Tumeur fibro-plastique du pied droit, ayant débuté probablement par le périoste.

Le 26 février, entre à la Pitié la nommée C....., âgée de 55 ans. Elle est d'une bonne constitution, et n'a jamais fait de maladies graves. Bons antécédents de famille.

Il y a cinq ans que, pour la première fois, la malade s'aperçut de la présence d'une petite grosseur siégeant à la face dorsale du pied droit, un peu vers la partie externe, auprès du cou-de-pied et au-dessous de lui.

Cette grosseur fut peu de temps après suivie d'une seconde qui lui était contiguë. Leurs progrès furent très-lents, car pendant plus de quatre ans leur volume atteignit celui d'un œuf de poule environ. Pendant tout ce temps, indolence complète; conservation d'un bon état général.

Ce n'est que depuis huit mois que les douleurs survinrent et que le volume de la tumeur fit de rapides progrès. La marche devint difficile, puis impossible; le moindre choc déterminait des douleurs violentes que le malade comparait à des coups d'épingle.

Au moment de l'entrée de la malade, la tumeur est grosse comme la moitié d'une orange à peu près, irrégulière, bosselée, très-dure, présentant cependant disséminés çà et là, surtout au niveau des bosselures, des points où la palpation constate de la mollesse avec un peu d'élasticité, mais sans fluctuation.

Elle n'est pas mobile et adhère fortement au squelette du pied; elle semble être en connexion intime avec le scaphoïde, le premier et probablement le second cunéiforme.

Le premier métatarsien est douloureux à la pression au niveau de sa tête. Il n'y a aucune adhérence de la tumeur avec la peau, dont la structure est normale; on constate toutefois le développement de veines superficielles et une coloration bleue violacée généralement répandue sur la surface de la tumeur, mais plus intense à la partie interne.

Le tendon du jambier antérieur arrive jusqu'au niveau de la li-

mite supérieure de la tumeur, et là semble se perdre dans sa masse ; de même pour le tendon de l'extenseur commun et pour la pédieuse.

Les ganglions de l'aine sont intacts.

Opération. — M. Gosselin avait, en commençant l'opération, deux projets : le premier consistait à pratiquer l'opération de Chopart, si le scaphoïde et les cunéiformes seuls étaient affectés.

Par le second, il se proposait, si les altérations de l'astragale et du calcanéum étaient constatées, de continuer par une désarticulation tibio-tarsienne, et alors d'employer le procédé opératoire de Symes.

C'est ainsi que le premier temps de l'opération consista en une incision partant des parties latérales du pied et circonscrivant la tumeur à sa partie moyenne ; la tumeur fut incisée, et l'articulation médio-tarsienne largement ouverte. On put alors voir la tumeur se prolonger sur la tête et le col de l'astragale.

M. Gosselin, espérant encore que la masse pathologique serait sans adhérences avec l'os, chercha à la disséquer ; mais il put constater d'intimes connexions avec l'articulation qu'il était impossible dès lors de respecter.

Une fois ces notions acquises, M. Gosselin pratiqua une incision transversale qui rencontra l'incision dorsale précédemment pratiquée et dont les extrémités furent prolongées en arrière et latéralement.

Les lambeaux dorsal et plantaire furent donc ainsi nettement limités.

Puis le calcanéum fut enlevé avec soin par sa face postéro-inférieure. Les deux malléoles interne et externe et les os de la jambe furent sciés, et le lambeau plantaire fut tenu en contact avec le lambeau dorsal au moyen de bandelettes de collodion.

Examen anatomique de la pièce.

La tumeur est à peu près régulièrement hémisphérique, concave par sa face inférieure, pour se mouler exactement sur les surfaces correspondantes que lui offrent l'astragale et surtout le scaphoïde.

Le périoste de ce dernier est détruit et la substance osseuse est elle-même le siége d'ostéite superficielle indiquée par la rougeur. La tumeur s'implante sur lui, semble en tirer son origine, recouvre

toute la partie supérieure de la circonférence des os et semble enfermer le périoste qu'elle a envahi et remplacé.

Elle s'étend en bas sur le premier et le second cunéiforme et semble même avoir pris adhérence avec une surface très-faible, il est vrai, de la tête du premier métatarsien.

En haut, la tumeur adhère à l'astragale au niveau de la partie supérieure du col de l'os; là le périoste est également en voie de destruction, et il y a un commencement d'ostéite. Elle se prolonge en bas et latéralement jusque sur les parties externes et internes du calcanéum au niveau des ligaments latéraux correspondants de l'articulation tibio-tarsienne.

Comme consistance, cette tnmeur est très-dure, résistante. Une surface de section laisse voir une masse d'un gris jaunâtre, vasculaire, affectant toutes les apparences, à l'œil nu, du tissu fibro-plastique.

Examen microscopique. — M. Ranvier ayant examiné cette tumeur la trouva composée d'éléments fibro-plastiques (cellules fusiformes abondantes avec noyaux embryoplastiques isolés).

OBSERVATION X.

Tumeur fibro-plastique enkystée du pied droit simnlant un lipome.

La nommée R....., âgée de 55 ans, entre, le 19 mars 1866, dans le service de M. Gosselin, à la Pitié. Cette femme présente au pied droit une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, siégeant entre le deuxième et le troisième orteil.

Étalée à la face dorsale du pied sur une étendue de 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur et de 4 centimètres dans le sens latéral, cette tumeur est saillante, lobulée, à contours irréguliers, embrasse la base des deuxième et troisième orteils et proémine dans leur interstice. Du reste, la peau n'est nullement adhérente; si on la pince, on constate qu'elle glisse avec la plus grande facilité sur la tumeur située au-dessous d'elle. Cette peau a conservé dans toute son intégrité une couleur rosée; à la partie interne, quelques capillaires veineux qui sont comme variqueux.

A la palpation, on perçoit une mollesse assez grande, mais sans élasticité. La tumeur n'est pas adhérente aux os, ni aux organes sous-jacents, du moins elle est assez mobile sur les parties profondes pour qu'on puisse croire qu'elle n'a avec elles aucune connexion.

Vue par la partie plantaire, elle offre une saillie pour ainsi dire insignifiante, que l'on pourrait attribuer à l'épaississement dont l'épiderme est toujours le siége en cette région ; seulement deux cors plantaires du diamètre d'une lentille euviron sont situés au niveau de chacune des deux articulations métatarso-phalangiennes entre lesquelles est placée la tumeur. Celle-ci est, du reste, parfaitement indolente; ce n'est, comme nous le verrons bientôt, qu'après la marche qu'elle devient le siége de douleurs. Les ganglions lymphatiques de la région inguinale correspondante ne présentent ni hypertrophie ni induration.

La malade a jusqu'ici joui d'une très-bonne santé.

A l'âge de 15 ans, *il y a quarante et un an* par conséquent, elle a pour la première fois aperçu dans l'interstice des deuxième et troisième orteils une grosseur du volume d'une noisette et indolente.

Les progrès furent d'abord d'une très-grande lenteur, car après un espace de trente-six années la tumeur n'était guère grosse que comme une petite noix; la malade avait alors 53 ans.

Puis, à partir de cette époque, les progrès en devinrent plus rapides; depuis six mois surtout la peau changea de coloration et devint bleuâtre en certains points; la marche fut bientôt difficile, puis impossible; puis survinrent des douleurs lancinantes. Malgré cette marche rapide après une période pour ainsi dire stationnaire pendant des années, la santé de la malade n'éprouva aucune altération.

Une incision cruciale permit de l'énucléer facilement.

Elle ne présentait nulle part des adhérences avec les parties environnantes.

A l'examen anatomique, la tumeur présente un aspect mollasse; son apparence est gélatineuse, sa forme est à peu près celle d'un rein situé de champ, dont le hile serait dirigé vers la partie inférieure.

Incisée longitudinalement, cette tumeur présente au centre une

masse d'un gris foncé, friable, d'apparence gélatineuse, rougeâtre en certains points, sans vaisseaux apparents.

A l'examen microscopique, on a trouvé :

1° Beaucoup de cellules fusiformes à gros noyaux granuleux et plusieurs malléoles ;

2° Des fibres de tissu conjonctif surtout à la périphérie, avec quelques globules graisseux;

3° Très-peu de noyaux isolés.

OBSERVATION XI.

Myxome de la région antérieure de la cuisse droite.

Le nommé D..... (Alphonse), couvreur, âgé de 55 ans, entre, le 5 mars 1865, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 27.

Cet homme entrait à l'hôpital pour un mal de Pott. Un jour on s'aperçut par hasard qu'il portait à la partie antérieure de la cuisse une tumeur assez volumineuse; quelques personnes crurent devoir diagnostiquer un enchondrome. Ayant entendu parler de cette tumeur et l'ayant examinée, je crus, d'après les signes que je vais décrire, que le diagnostic n'était pas exact, et que nous avions affaire à une de ces tumeurs que l'on a englobées sous le nom de tumeurs fibro-plastiques.

J'allai donc prendre, avec l'assentiment de mon collègue, M. Labbée, l'observation de ce malade, salle Sainte-Marthe, et voici les renseignements que put me donner ce malheureux avec assez de peine, car il avait à ce moment une pneumonie dont il est mort depuis.

Il y a dix-sept ans, me dit-il, il s'aperçut pour la première fois qu'il portait à la partie antérieure et moyenne de la cuisse droite une petite tumeur grosse comme une noix; elle ne lui causait aucune douleur, du reste, et il ne s'en occupa pas davantage. Huit années après, il fut obligé d'entrer à l'hôpital à cause d'une chute qu'il avait. Depuis le moment où il s'était aperçu de sa tumeur, elle avait grossi petit à petit, progressivement, sans déterminer aucune altération dans sa santé générale, sans lui avoir causé jamais l'ombre d'une douleur ou d'une gêne quelconque; elle était grosse alors

comme le poing. Le chirurgien qui le soignait à l'hôpital lui fit sur le milieu de sa tumeur une ponction qui donna issue à une certaine quantité (deux cuillerées environ) d'un liquide que le malade compare à de l'huile à brûler.

Tout en resta là, et le malade, guéri de sa chute, sortit de l'hôpital. La tumeur continua à s'accroître sans le faire souffrir et sans le gêner; il conserva bon appétit et de fraîches couleurs jusqu'au moment où, il y a dix-huit mois, il fut pris de la maladie de Pott qui l'amène aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu.

Voici l'état dans lequel je le trouve. Je ne parlerai pas de son état général; j'ai dit plus haut qu'il mourait d'une pneumonie, cela suffit.

Après qu'il m'eut donné les détails ci-dessus, j'examinai la partie qui m'intéressait, c'est-à-dire la tumeur. La partie antérieure de la cuisse présentait, dans presque toute son étendue, une tuméfaction appréciable à la vue, sans changement de couleur à la peau. Lorsque l'on venait à porter la main sur cette partie, on trouvait au-dessous de la peau une tumeur allongée, ovoïde, très-mobile dans ses parties profondes, et semblant s'être développée dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau présentait sa mobilité normale sur les parties sous-jacentes et n'était nullement amincie.

Quant à la consistance de la tumeur, elle était assez dure, comme fibreuse par places; en certains autres endroits, elle paraissait un peu plus molle, quoiqu'il ne fût pas possible de constater de fluctuation. Assez lisse à sa superficie, elle offrait cependant quelques bosselures sur ses parties latérales.

Cette tumeur s'étendait de la partie supérieure de la cuisse jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale; à sa partie supérieure elle paraissait avoir une consistance plus considérable que dans ses autres points et présentait une mobilité beaucoup moins grande. La pression sur les différentes parties de la tumeur n'était pas douloureuse.

En raison du début si éloigné de la maladie, de son accroissement lent et progressif sans altération de la santé générale de cet homme; de l'indolence complète de cette tumeur, de sa consistance, de sa mobilité, de l'intégrité de la peau, de l'absence d'engorgement dans les ganglions inguinaux, et enfin me souvenant de la ponction qui lui

avait été pratiquée sept ans auparavant, je crus pouvoir diagnostiquer une tumeur *fibro-plastique*.

Cet homme étant mort trois jours après de pneumonie, je pus faire son autopsie et voici ce que je constatai : une incision longitudinale intéressant toute l'épaisseur de la peau et étendue depuis l'aine jusqu'à la partie inférieure de la cuisse mit à nu une masse blanchâtre, résistante, peu adhérente par sa surface au tissu cellulaire sous-cutané ; saisie avec la main, elle était assez mobile et ne paraissait adhérente que par ses parties profondes surtout en haut, et encore il y avait présomption pour que ces adhérences ne fussent pas très-serrées.

Le muscle couturier aplati, pâle, un peu infiltré de sérosité, croisait la tumeur du dehors en dedans ; en dehors, le droit antérieur de la cuisse la recouvrait en empiétant un peu sur sa partie antérieure. Les vaisseaux et nerfs fémoraux étaient situés tout à fait à la partie interne de la tumeur, appliqués dessus, mais n'ayant aucune adhérence avec elle.

Il fut d'abord assez facile de détacher la tumeur de toutes ces parties, soit avec les doigts seulement, soit en s'aidant quelquefois du scapel, et tout d'abord on aurait pu croire que nous avions affaire à une de ces tumeurs, entourées d'une gaîne, fibro-celluleuses et faciles à énucléer comme le sont la plupart du temps les tumeurs fibro-plastiques ; mais il n'en fut pas ainsi, et bientôt il fut facile de reconnaître que ses adhérences aux parties profondes étaient très-serrées ; en effet elle s'insérait sur la capsule de l'articulation coxo-fémorale, sur une petite étendue de la ligne âpre, à sa partie supérieure, et enfin dans le reste de son étendue sur le périoste du fémur et sur les muscles, vaste interne et vaste externe, qui semblaient confondus avec elle dans la plus grande partie de son étendue. Aussi fallut-il s'aider du bistouri pour la détacher et ne put-on même le faire qu'avec assez de peine ; les vaisseaux fémoraux purent être assez facilement épargnés en dedans, la fémorale profonde dut être ouverte. Après l'ablation, on put reconnaître qu'en haut une partie de la ligne âpre du fémur, dans une étendue de 5 à 6 centimètres était dénudée et présentait des stalactites aiguës, peu proéminentes du reste, sur lesquelles s'insérait d'une façon très-intime notre tumeur. Pendant la dissection, un coup de bistouri malheureux ouvrit probablement

un petit kyste et donna issue à une petite quantité de liquide filant, transparent, analogue à celui que nous allons décrire.

La tumeur enlevée pèse 1,500 grammes; elle est ovoïde assez allongée; lisse à sa surface en avant; sur les côtés, en dehors surtout, confondue avec des fibres musculaires du vaste externe qui semblent faire corps avec elle. Sa consistance est celle d'une tumeur fibreuse sur certains points; sur un assez grand nombre d'autres on a une sensation de fluctuation donnée par des kystes de différentes grosseurs.

Deux ou trois de ces petits kystes, gros comme un pois et remplis de matière muqueuse sont même restés adhérents au fémur.

Elle présente une longueur de 26 centimètres sur 12 environ de largeur en diamètre.

Si l'on vient à faire une coupe longitudinale suivant son plus grand diamètre, nous constatons que son aspect est très-peu vasculaire et que la surface de section est formée par des lobules arrondis, séparés les uns des autres par des tractus de tissu connectif lâche. Leur dimension varie entre une noisette et un œuf de poule.

Nous avons porté cette pièce à notre ami le Dr Ranvier qui a bien voulu l'examiner au microscope et nous remettre la note suivante:

Quelques-uns des lobules observés dans la tumeur sont formés par une substance semblable à de la gélatine, aussi transparente qu'elle; d'autres sont moins transparents et on distingue au milieu de la matière gélatineuse des tractus blanchâtres; enfin certains lobules ont été transformés en kystes dont le contenu est un liquide filant, tout à fait semblable au mucus.

Nous recueillons une certaine quantité de ce liquide, nous en plaçons 1 centimètre cube dans une éprouvette, nous y ajoutons une goutte d'acide acétique, et il se forme aussitôt un coagulum blanchâtre caillebotté, semblable à celui que forme l'albumine précipitée par l'acide azotique. Au bout de quelques minutes toutes les portions coagulées sont précipitées au fond, il ne reste plus au-dessus qu'un liquide séreux, transparent qui n'a plus du tout de viscosité. En effet toute la *mucine* a été précipitée par l'acide acétique, et il ne reste plus après cette précipitation que le liquide qui la tenait en dissolution.

Disons, entre parenthèse, que c'est la réaction caractéristique de

la *mucine*, puisque l'acide acétique loin de former un précipité dans les autres substances albuminoïdes telles que la fibrine et l'albumine facilite au contraire leur dissolution.

Nous avons fait aussi l'examen microscopique du liquide des kystes ; on y trouve quelques cellules chargées de granulations graisseuses et semblables aux corpuscules de *Gluge*, des granulations graisseuses libres, des débris cellulaires et quelques granulations pigmentaires.

Quand on racle la surface de section de la tumeur, on n'obtient pas de suc, mais une substance gommeuse qui, étendue avec de l'eau distillée et examinée au microscope nous laisse voir des noyaux, des cellules sphériques ayant de 8 millièmes à 3 centièmes de millimètre de diamètre, les unes transparentes, les autres chargées de granulations graisseuses. Dans certains points de la tumeur caractérisés par une certaine opacité blanchâtre, ces dernières cellules prédominent.

On trouve encore dans ce liquide des cellules fusiformes contenant un noyau ovalaire; quelques-unes de ces cellules ont un nombre de prolongements supérieurs et qui peut atteindre le chiffre de 5 à 6 comme nous l'avons constaté sur certains éléments. (Ces différents éléments sont désignés par M. Robin sous le nom de noyaux embryoplastiques, de cellules embryoplastiques, de corpuscules étoilés.) De telle sorte que si nous nous contentions d'étudier cette tumeur sur les éléments obtenus par le raclage, nous dirions qu'elle est constituée par des éléments embryo et fibro-plastiques, et si la division des tumeurs telle que l'a comprise Lebert, devait être conservée, elle devrait rentrer dans la classe des tumeurs fibro-plastiques.

Dans certains points de la tumeur on obtient encore par dilacération des faisceaux musculaires striés à différents degrés d'altération qui indiquent que c'est au milieu des muscles eux-mêmes que la tumeur s'est développée : ces faisceaux sont les uns normaux avec une striation transversale et longitudinale marquée ; les noyaux du sarcolemme y sont en quantité normale. D'autres faisceaux sont diminués de volume et réduits à 1 centième de millimètre, tout en ayant conservé leur striation et sans qu'aucune granulation se soit formée dans l'intérieur des tubes musculaires ; d'autres sont devenus vitreux et présentent les modifications décrites par Zenker, sous la mauvaise

dénomination de *transformation circuse ;* enfin certains contiennent des granulations protéiques et graisseuses qui effaçent d'une manière complète la striation transversale et la striation longitudinale.

Dans tous les faisceaux qui ont subi ces modifications, le nombre des noyaux du sarcolemme s'est accru et l'on voit bien que la multiplication des noyaux se fait par scissiparité.

Nous pratiquons des coupes sur les différentes parties de cette tumeur afin d'apprécier le rapport des éléments, et par conséquent juger de sa texture pour savoir en un mot à quel tissu elle appartient.

Sur les coupes, nous voyons que les différentes cellules que nous avons décrites sont séparées les unes des autres par une substance amorphe, transparente, coagulable par l'acide acétique (substance muqueuse); nous reconnaissons de plus que les cellules que l'on rencontre dans cette substance sont de deux espèces: les unes sphériques, complétement closes, les autres ayant des prolongements qui s'anastomosent avec des prolongements semblables venus des cellules voisines. Ces cellules et ces prolongements constituent ainsi un réseau comblé par la substance muqueuse ou gélatineuse. Pour bien constater ce dernier fait, nous avons eu recours à la coloration par la solution d'iode: l'iode colore fortement les cellules et leurs prolongements, tandis que la substance muqueuse n'est atteinte que par une teinte légère. Nous avons pu reconnaître aussi que les prolongements anastomotiques de ces cellules sont des *tubes* et non des *fibres*, car à l'aide d'un grossissement de 800 diamètres, nous avons distingué nettement dans l'intérieur de certains de ces prolongements des granulations graisseuses.

Nous avons rencontré des vaisseaux de différente espèce des capillaires; nous avons cherché vainement des prolongements anastomotiques de ces vaisseaux avec les canaux plasmatiques des cellules.

Résumé. Les éléments et la texture de cette tumeur étant ainsi déterminés, son classement sera très-facile; nous la rangerons parmi les produits pathologiques formés par hétérotopie du tissu muqueux des deux variétés. Nous avons donc affaire ici à un *myxome* et non pas à un *sarcome.*

OBSERVATION XII.

Tumeur fibro-plastique de l'avant-bras gauche, avec kystes, et offrant des connexions intimes avec le nerf médian et les artères brachiale, radiale et cubitale.

Je mettais la dernière main à ce travail, lorsque M. Gosselin, qui devait opérer une tumeur fibro-plastique à l'hôpital israélite de M. Rotschild, à Picpus, eut l'extrême bonté, ce dont je lui sais un gré infini, de m'emmener avec lui pour assister à l'ablation de cette tumeur.

Ce malade m'a offert un double intérêt, d'abord au point de vue des connexions de la tumeur avec les organes importants qui l'environnaient, et ensuite au point de vue de l'opération.

J'en recommande tout particulièrement la lecture.

Le nommé X..., âgé de 45 ans environ, tanneur, porte depuis une année à la partie antérieure de l'avant-bras une grosseur qui, indolente tout d'abord, finit par lui causer de vives douleurs; les douleurs, dans ces derniers temps, augmentaient surtout après que le malade s'était servi de son bras pour travailler; il avait même été obligé d'abandonner toutes ses occupations; il éprouvait un sentiment de pesanteur dans la partie malade, et pour calmer les sensations douloureuses, il était obligé de tenir son avant-bras à moitié fléchi; nous verrons bientôt que les dispositions anatomiques rendent bien compte de cette position instinctive. Du reste pas d'œdème du membre, pas de fourmillements ni de paralysie; l'artère radiale est intacte.

Au moment où je le vois, je trouve la peau saine; tumeur présentant deux portions distinctes, séparées par un sillon assez profond, du volume d'une grosse orange; dure en certains de ces points, fluctuante en d'autres, assez mobile, mais paraissant cependant adhérente dans les parties profondes.

L'état général est très-bon, mais le malade ne pouvant se servir de son bras et éprouvant des douleurs très-vives demande avec ins-

tances qu'on le débarrasse de sa tumeur, ce que fit M. Gosselin, le 3 juin 1866, non sans l'avoir averti qu'il serait possible qu'on fût obligé de lui amputer le bras.

Opération. Le malade fut endormi par le chloroforme; incision cruciale et dissection des lambeaux, on arrive sur la tumeur qui est recouverte dans une petite étendue en dehors par un muscle qui paraît être le rond pronateur, on en énuclée une portion avec les doigts; on sent l'artère humérale battre très-superficiellement à la partie interne de la tumeur sur laquelle elle est intimement appliquée, sans cependant faire corps avec elle; enfin M. Gosselin parvient à l'isoler, non sans couper et déchirer quelques petites artérioles et des veines. Mais la disposition la plus curieuse était celle que présentait le nerf médian qui était à cheval sur la partie moyenne de la tumeur et qui était la cause du sillon profond qu'elle présentait. Le nerf fut rejeté en dedans avec un peu de peine et enfin après avoir coupé quelques brides fibreuses qui unissaient la tumeur à la partie supérieure de l'espace interosseux, elle s'énucléa facilement. L'articulation ne fut pas ouverte. On fit un assez grand nombre de ligatures; l'artère avait été épargnée.

La tumeur est lobulée; quand on l'incise, on trouve à son intérieur un grand kyste renfermant un liquide semblable à de la synovie; d'autres petits kystes disséminés; la coupe est assez vasculaire, tractus blanchâtres la pénétrant entièrement. Aspect colloïde, comme gélatineux. Pas de suc par le grattage.

M. Cornil qui a bien voulu l'examiner a reconnu qu'elle était essentiellement constituée par des éléments embryoplastiques.

OBSERVATION XIV.

Tumeur fibro-plastique du tibia ; fracture non consolidée de cet os ; amputation. Guérison.

Je dois à l'obligeance d'un de mes anciens collègues et amis le Dr Painetvin l'observation suivante, qui m'est arrivée malheureusement un peu tard. Je la transcris telle qu'elle m'a été envoyée.

F..., 43 ans, journalier, entra à la Pitié le 23 août 1864, dans le service de M. le professeur Richet.

Un an avant son entrée à l'hôpital, cet homme qui ne se rappelle pas avoir reçu de coups ni fait de chute, commença à ressentir des douleurs dans la jambe gauche, douleurs peu vives revenant par intervalles, et qui ne le gênaient pas pour travailler.

Vers le mois d'avril 1864, il s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur à la partie antérieure de la jambe; les douleurs augmentaient lorsqu'il avait beaucoup travaillé. Au mois de juin, ses travaux devenant plus pénibles, le soir sa jambe était gonflée. Il alla à la consultation de Bicêtre. La tumeur parut sans doute fluctuante, car on y fit une ponction avec le bistouri; il s'en écoula un peu de sang; le lendemain la plaie s'était refermée.

Vers la fin de juillet, il retourna encore à Bicêtre, là nouvelle pontion; il s'écoula, dit le malade, une assez grande quantité de sang et le stylet introduit dans l'ouverture arrivait jusqu'à l'os.

Notre homme avait repris ses travaux, lorsque le 8 août, après avoir fait un faux pas, il sentit un craquement dans sa jambe. A partir de ce moment il ne put s'en servir pour marcher.

Lors de son entrée à la Pitié (23 août), on remarque à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe, à la partie interne, une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur est molle et paraît fluctuante. Cependant la fluctuation est assez obscure et laisse des doutes sur la nature de la production morbide. Aussi, c'est après avoir fait ces réserves que M. Léon Labbé, suppléant de M. Richet, y plonge un bistouri afin d'éclairer le diagnostic. On n'eut que quelques gouttes de sang.

Au-dessous de la tumeur, le tibia a son volume ordinaire, mais au-dessus il est plus volumineux qu'à l'état normal. On peut avec le stylet introduit dans la plaie arriver jusqu'à l'os.

Comme antécédents nous ne trouvons que des chancres volants qui ne durèrent qu'une dizaine de jours; peut-être était-ce de l'herpès.

Cependant cette tumeur ressemblait beaucoup à une gomme syphilitique, et quoiqu'onne ne trouvât pas sur les autres parties du squelette de productions analogues, on commença par instituer un

traitement anti-syphilitique. Pendant un mois le malade prit chaque jour du protoiodure et de l'iodure de potassium.

Aucun changement favorable ne se manifesta; bien plus, vers la fin d'octobre, on constatait que le tibia avait encore augmenté de volume, et cette fois le gonflement remontait jusqu'à son tiers supérieur.

Cette augmentation de volume paraissait être due à une plaque molle, recouvrant la face interne de l'os, donnant dans plusieurs points la sensation de fluctuation. L'affection fit de nouveaux progrès par l'ouverture résultant de la dernière ponction; des bourgeons sortirent et s'étalèrent en formes de champignons. Ces parties exubérantes furent examinées au microscope par mon collègue M. Spiess; il y rencontra des corps fusiformes fibro-plastiques. Enfin on constatait une rupture du tibia au niveau de cette tumeur. Cette rupture n'avait pu être constatée lors de l'entrée du malade.

Bientôt des battements se montrèrent; les doigts appliqués sur la tumeur étaient soulevés à chaque pulsation artérielle. Toutefois on n'y constata jamais aucun bruit de souffle.

Les progrès incessants du mal et la mobilité anormale du tibia qui rendait le membre inutile décidèrent M. Richet à pratiquer l'amputation.

L'opération fut faite le 23 novembre au lieu d'élection et par la méthode circulaire.

Les suites de l'opération furent très-favorables, et le malade sortit guéri le 26 décembre.

Description de la pièce anatomique.

En disséquant la tumeur, on reconnaît que les parties molles n'ont avec elle aucune connexion importante.

De forme ovoïde, légèrement lobulée, elle a 15 centimètres de long sur 18 de circonférence; elle entoure complétement le tibia, est recouverte d'une lame fibreuse, résistante à la surface de laquelle rampent l'artère et le nerf tibial antérieurs. Les muscles de la jambe prennent aussi des points d'insertion sur cette lame, qui se continue directement avec le périoste aux limites supérieure et inférieure de la tumeur.

Une section faite parallèlement à l'os nous montre dans le canal médullaire une production morbide analogue à celle qui entoure le tibia ; l'altération a la même étendue à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Les deux parties de la masse morbide communiquent entre elles par un orifice situé à la partie externe du tibia à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

A ce même niveau le tibia présente une solution de continuité.

Partout, à l'intérieur comme à l'extérieur, la production morbide est en contact avec le tissu osseux détruit et érodé, mais non ramolli.

Le tissu spongieux de l'extrémité inférieure du tibia est raréfié.

Dans l'épaisseur du tissu compacte de la diaphyse on trouve de petites cavités contenant une substance en tout semblable à celle de la tumeur.

Le tissu morbide est peu adhérent à l'os ; on peut assez facilement les séparer l'un de l'autre. Mais la lame fibreuse, peu adhérente dans certains points, l'est beaucoup dans d'autres. Ces adhérences sont dues à des prolongements qu'elle envoie dans l'épaisseur de la tumeur, la cloisonnant ainsi et lui donnant un aspect lobulé.

Le tissu de cette tumeur est dense, résistant, d'une consistance semi-élastique qui donnait lieu à une apparence de fluctuation, ne criant pas sous le scalpel, d'un blanc grisâtre, opalin, ne contenant aucune trace de suc et offrant une certaine ressemblance avec les corps fibreux de l'utérus.

L'examen microscopique a été fait par notre collègue, M. Cornil, qui nous a remis, avec son obligeance accoutumée, la note suivante.

Dans la partie de la tumeur qui se trouve sous le périoste, on trouve des cellules fibro-plastiques, dont la direction générale est d'être parallèles les unes aux autres et perpendiculaires à la direction de l'os. Ces éléments sont au contact direct des vaisseaux, lesquels sont dirigés aussi perpendiculairement à l'os. Ces vaisseaux sont très-nombreux, ce qui explique les battements observés les derniers temps.

Dans les espaces médullaires agrandis, remplis du même tissu grisâtre et opalin, on trouve les mêmes éléments.

A l'œil nu, le tissu présente une teinte généralement grisâtre, opaline, demi-transparente, nuancée de parties jaunâtres et de par-

ties rosées. Dans les parties jaunâtres, on trouve des granulations graisseuses, réunies sous forme de corpuscules granuleux de Gluge, et ces granulations sont souvent déposées aussi dans les éléments cellulaires précédents.

En résumé, cette tumeur est due à une hypergénèse avec modification des éléments normaux de la moelle (médullocèles).

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Hygrométrie; effets de l'humidité de l'air; ses variations.

Chimie. — Des combinaisons de l'arsenic et de l'antimoine avec l'oxygène; préparation et propriétés de ces combinaisons.

Pharmacologie. — De l'éther employé dans la préparation des teintures éthérées. Comment prépare-t-on celles-ci? Quelles sont celles qui sont le plus employées? Quels sont les principes que l'éther enlève aux plantes?

Histoire naturelle. — Caractères généraux des poissons; leur classification. Des poissons électriques, des poissons toxicophores. Des huiles de foie de poisson (morue, raie, squale); de l'ecthyocolle ou colle de poisson.

Anatomie et histologie normales. — Des articulations de la tête.

Physiologie. — De la sécrétion des larmes et des voies qu'elles parcourent pour arriver à l'extérieur.

Pathologie interne. — Des pneumonies secondaires.

Pathologie externe. — Du traitement des luxations compliquées de fractures.

Pathologie générale. — De l'influence des âges dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'étude anatomique de la thrombose.

Accouchements. — De la grossesse extra-utérine.

Thérapeutique. — De la dose médicamenteuse suivant les âges et les diverses conditions individuelles

Médecine opératoire. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Médecine légale. — Quels sont les moyens à employer pour prendre l'empreinte des traces du pied sur la boue, la neige, etc.

Hygiène. — De la diminution et de la raréfaction de l'air dans leurs effets sur l'organisme.

Vu, bon à imprimer,

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

Par G. VARIOT

Préparateur des travaux pratiques d'Histologie à la Faculté de médecine de Paris
Chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades

ET PRÉCÉDÉS D'UNE PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR CH. ROBIN

Deuxième édition française

1 vol. in-18 jésus cartonné diamant de 540 pages avec 185 fig. dans le texte. . 8 fr.

La nouvelle édition française des *Eléments d'Histologie* de Klein, traduits et annotés par M. Variot, a été l'objet de tous nos soins.

L'Anatomie microscopique est une science dont les bases sont désormais immuables; mais comme dans toutes les sciences en voie d'évolution progressive rapide, telle question est plus ou moins actuelle, plus ou moins à l'ordre du jour, suivant les époques et suivant les pays. Il est bon que les étudiants français, auxquels s'adresse plus particulièrement cet ouvrage, connaissent les recherches qui ont illustré leurs maîtres.

C'est dans ce but que M. Variot a cru devoir accorder une large place dans son annotation nouvelle aux diverses publications de M. le professeur Mathias Duval sur le blastoderme, la topographie des noyaux d'origine des nerfs craniens, la spermatogénèse, etc.

Nous espérons que le public médical voudra bien accueillir cette seconde édition avec la même faveur que la première, et qu'il n'oubliera pas que le livre de Klein, annoté par M Variot, a été vulgarisé en France sous les auspices de l'illustre Ch. Robin.

Cet ouvrage fait partie de la Bibliothèque de l'élève et du praticien

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

SUIVI D'UN FORMULAIRE COMPLET DE THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Par le Dr Edward ELLIS

Médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades,
de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants,
Ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres

Traduit sur la 5e édition anglaise, par le Dr WAQUET et précédé d'une préface de M. le Dr CADET DE CASSICOURT
Médecin de l'hopital Sainte-Eugénie

2e édition française, revue, corrigée et augmentée

Un volume in-12 de 600 pages. — Prix : broché : 5 fr. ; cartonné, 6 fr.

Le manuel du Dr Ellis dont nous offrons au public médical une édition nouvelle revue sur la cinquième édition anglaise est un ouvrage classique en Angleterre, où l'auteur, médecin des hôpitaux de Londres, jouissait d'une haute réputation de clinicien. L'Amérique du Nord a su apprécier la valeur pratique de ce livre et de nombreuses éditions se sont succédées à New-York et à Philadelphie.

Nous pensons que l'accueil si bienveillant fait à notre première édition française ne fera pas défaut à cette édition nouvelle. Ce manuel contient en effet une foule de détails que nos meilleurs auteurs français considèrent trop souvent comme secondaires et qui font pénétrer le praticien dans l'intimité de la vie des jeunes enfants, en l'initiant à tous les secrets de ce que nos voisins appellent la *Nursery*.

Quel jeune médecin n'a pas éprouvé à ses débuts la nécessité d'être conduit par une main amie et expérimentée dans ce dédale de faits et de notions de la vie réelle de l'enfant, dont les traités purement scientifiques ne donnent aucune idée? Mais ce manuel ne s'adresse pas seulement au praticien ; l'élève y trouvera des notions claires et précises sur les affections infantiles, en même temps qu'une thérapeutique et de nombreuses formules nouvelles. Enfin c'est avec la clinique de West, traduite autrefois par le regretté Dr Archambault, le seul livre où l'on puisse acquérir une notion exacte de la médecine infantile telle que la comprennent les meilleurs cliniciens de l'Angleterre, où la Pédiatrie est en grand honneur depuis longtemps.

LE CRACHAT

DANS SES RAPPORTS AVEC LE DIAGNOSTIC, LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES MALADIES DE LA GORGE ET DES POUMONS

Par le Dr G. HUNTER-MACKENZIE

Traduit de l'anglais et annoté par le Dr Léon Petit, avec une préface du Profr Grancher

Un volume in-8° avec 24 planches chromolithographiques. Prix : 5 fr.

Par le Dr E. MONIN

Un joli volume in-18 de 400 pages, cartonné avec fers spéciaux

Ce volume est conçu dans un sens véritablement pratique : il s'adresse, p[...] seulement aux gens du monde, pour lesquels il a été écrit, mais encore à to[...] connaissent l'extrême importance de l'hygiène diététique dans leurs ordo[...] chaque jour...

Le charmant volume du Dr Monin, luxueusement édité, est le digne pendan[...] son aîné, *l'Hygiène de la beauté* : écrit d'une manière très littéraire, il est d'[...] ment facile et attrayante (Préface humoristique de Théodore de Banville).

L'ALCOOLISME

ÉTUDE MÉDICO-SOCI[...]

Par le Dr E. MONIN

Ouvrage couronné par la Société française de tempé[...]

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE PAR LE Dr DUJARDIN-BEAUMETZ (DE L'ACADÉ[...]

Un volume in-12 de 308 pages. — Prix : 3 fr. 50

Ce volume, qui vient d'obtenir la plus haute récompense de la Société franç[...] est un volume d'actualité, unique dans la littérature médicale, en ce sens qu[...] lucide et méthodique d'une question sur laquelle il n'existe guère de travail d[...]

Après avoir esquissé l'historique, l'auteur nous décrit, de main de maî[...] l'ivresse, et nous développe un très original tableau synoptique de la patholo[...] signalons particulièrement à l'attention des médecins : les chapitres concernan[...] sur la descendance, l'alcoolisme urbain brutal, la description du mal chez la [...] la responsabilité des alcooliques, l'absinthisme, la dipsomanie, etc... Le c[...] remèdes préventifs et curatifs) complète la valeur hors pair du travail du[...] aperçus philosophiques élevés qu'il renferme, et par ses nouvelles form[...]

HYGIÈNE DU VÉLOCIPÉ[...]

PAR LE Dr P. TISSIÉ

Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Un joli volume in-18 de 300 pages et 40 fig., cart. avec fers spécia[...]

En écrivant ce livre l'auteur a poursuivi deux buts : il a fait œuvre de pro[...] en s'adressant aux vélocipédistes en général ; il a appelé l'attention du méd[...] sport qui prend tous les jours une extension plus grande. L'utilité de cet ouvr[...] pour tous ceux qui pratiquent l'art de la *pédale*, on peut affirmer en outr[...] heure, au moment où l'armée étudie la question de la vélocipédie militaire. [...] compris de tous ses lecteurs, aussi a-t-il divisé chaque chapitre en quatre p[...] deux premiers, destinés surtout aux gens du monde, il donne des notions d'an[...] logie du système qu'il étudie et cela d'une façon aussi ingénieuse que précis[...] qui s'adresse aux médecins, il étudie l'influence du vélocipède sur ce mêm[...] quatrième il résume le chapitre en quelques lignes.

Une table de matières très complète et d'une lecture très facile permet de [...] texte illustré par l'auteur de plusieurs dessins explicatifs.

M. le professeur Morache présente cet ouvrage au public dans une préfac[...] le Dr Tissié à qui le congrès de l'Union vélocipédique de France vient de dé[...] la plus haute récompense de l'année 1888.

L'INSTINCT SEXUEL CHEZ L'HOMME ET CHEZ L[...]

PAR L. TILLIER

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE PAR M. J.-L. DE LANESSAN[...]